Lane Medical Library

Über

Fibröse Uteruspolypen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTAET

der

Grossherzogl. Bad. Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Adolf Lindenborn,

approb. Arzt.

Dekan:
Hofrat Prof. Dr. **Knauff.**

Referent:
Geh. Hofrat Prof. Dr. **Kehrer.**

MAINZ 1895.

Buchdruckerei von H. Prickarts.

Über

Fibröse Uteruspolypen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTAET

der

Grossherzogl. Bad. Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Adolf Lindenborn,

approb. Arzt.

Dekan:
Hofrat Prof. Dr. **Knauff.**

Referent:
Geh. Hofrat Prof. Dr. **Kehrer.**

MAINZ 1895.

Buchdruckerei von H. Prickarts.

Wiewohl in seinem feineren anatomischen Bau vollkommen mit den anderen Fibromyomen des Uterus übereinstimmend, bietet der fibröse Polyp, das schmal gestielt in die Uterushöhle ragende submucöse Myom, hinsichtlich der mit seinem Bestehen verknüpften Erscheinungen, vor Allem aber in diagnostischer und therapeutischer Beziehung gewisse Eigentümlichkeiten dar, deren Darstellung, unter Bezugnahme auf 44 Fälle, davon 33 Polypen des Corpus uteri, 11 des Cervix, den Zweck dieser Arbeit bildet.

Die in vieler Hinsicht vollkommen identischen Eigenschaften des Polypen des Corpus und des Cervix uteri, werden in gemeinsamer Schilderung beider Formen beschrieben werden, unter vorzugsweiser Bezugnahme auf den Polypen des Uteruskörpers, da er im Vergleich zu dem des Cervix häufiger vorkommt und seine, gegenüber der des Cervicalpolypen viel complicirtere Erscheinungen darbietende Verlaufsweise das Interesse vorwiegend in Anspruch nimmt. Verschiedenheiten symptamatologischer, diagnostischer und therapeutischer Art zwischen den beiden Formen werden durch getrennte Wiedergabe der bezüglichen Verhältnisse eingehend berücksichtigt werden.

Ich teile zunächst die betreffenden Krankengeschichten mit und lasse diesen die Besprechung der angedeuteten Punkte folgen.

1) 1883. M. S., 46 Jahre alt. Diagnose: Myoma polypos. corporis uteri.

Anamnese: Stammt aus gesunder Familie. War selbst früher nie ernstlich krank. Menstruation trat im 18. Jahre ein, erfolgte alle 4 Wochen, dauerte 3—4 Tage lang. S. heiratete im 24. Jahre. Die Menstruation soll seitdem etwas stärker geworden sein. Pat. gebar 7 mal spontan, die Geburten und Wochenbetten nahmen einen normalen Verlauf. Im Jahre 1874 erfolgte plötzlich eine starke Genitalblutung. Es wurde auf operativem Wege eine Geschwulst entfernt (ohne nähere

Bezeichnung). Sie soll eine „schwammige“ Beschaffenheit besessen haben. $3^1/_2$ Jahre nachher, im Jahre 1878, traten wieder Blutungen ein; es wurde eine zweite Geschwulst von ähnlicher Beschaffenheit wie die frühere beseitigt. Im Februar 1883 nahm der menstruelle Blutabgang zu, die Periode hielt 8—10 Tage an. Starke körperliche Arbeit hatte Blutungen auch unabhängig von der Periode zur Folge.

Status praes.: Die Inspektion bei der Aufnahme ergiebt: Kräftig gebaute Frau von etwas anaemischem Aussehen. Innere Organe vollkommen normal. — Genitalien: Der Uteruskörper ist vergrössert nicht schmerzhaft, etwas derb, antevertirt. Aus dem os externum ragt ein grosser Tumor in die Vagina, dessen Stiel sich bis zum Fundus uteri verfolgen lässt.

Therapie: Die Geschwulst wird in Steisslage mit dem Schlingenschnürer entfernt. Geringe Blutung, wogegen Eisenchloridtamponade. Tampon am folgenden Tage entfernt, Blutung vollkommen sistirt. Elf Tage nach der Operation entlassen.

2) 1883. O. M. Diagnose: Myoma corporis uteri submucosum polyposum.

Anamnese: Vater an Phthis. pulm., Mutter an einem Magenleiden gestorben. Patientin selbst will stets gesund gewesen sein, wurde im 18. Jahre menstruirt. Periode trat alle 4 Wochen ein, dauerte 2—3 Tage, war schmerzlos, der Blutverlust dabei gering. M. heiratete im 24. Jahre, gebar ein mal. Wochenbett normal. Seit dem Jahre 1881 bemerkte M. allmähliche Zunahme der Menstrualblutung. Seit 3 Monaten stellt sich die Periode alle 3—4 Wochen ein mit starkem Blutverlust. Keine Schmerzen, geringer gelblicher Ausfluss zwischen den Blutungen.

Status praes.: Bau gracil, Aussehen leidend, bleich. Innere Organe normal. — Genitalien: Vulva weit, Vagina glatt, Uterus schmerzfrei, derb vergrössert. Aus dem os externum ragt bis zur Schamspalte ein apfelgrosser, zweilappiger zum Teil ulcerirter Tumor. Die Abtragung desselben erfolgt mittels Durchschneiden des Stiels mit der Sieboldschen Scheere. Jodoformtamponade des Cavum uteri. Nach 8 Tagen entlassen. Ord. Secal. cornut. 3 mal täglich 0,25 g.

3) 1885. L. R. 42 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum cervicis uteri.

Anamnese: Vater brustleidend, Mutter magenleidend. Pat. hatte als Kind Scharlach, litt später an Bleichsucht und öfters an Magenbeschwerden. Menstruirt seit dem 17. Jahre, 4wöchentlich, 6—7 Tage lang. Meist war die Periode mit geringem Schmerz verbunden, der Blutabgang war zeitweilen ziemlich reichlich. R. heiratete im 25. Jahre. 3 Geburten, die erste Zangengeburt, die 2. und 3. spontan. Wochenbetten normal.

Status praes.: Gracil gebaut, anaemisch. Circulation und Respiration normal, Digestion unregelmässig, geringer Appetit, habituelle Obstipation. Genital.: Uterus von normaler Consistenz, etwas vergrössert, Portio dick, derb; os ext. weit auseinandergedrängt durch einen etwa taubeneigrossen, mit kurzem Stiel vom inneren Muttermund entspringenden Tumor mit leicht blutendem Mucosaüberzug.

Therapie: Tumor mit Scheere abgetragen, Jodoformgazetamponade des Uterus. Ord. Secale cornut. 0,25 g. mehrmal täglich. Periode von da an 3wöchentl., 5täg. ohne Schmerz.

4) 1885. J. M. 39 Jahre alt. Diagnose: Polypus fibrosus myomatosus cervicis uteri.

Anamnese: Patientin hat zweimal Unterleibsentzündung überstanden. Menstruirt im 16. Jahre, 4wöchentl., 4—5 tägig. Der Eintritt der Periode war gewöhnlich mit leichtem Schmerz verbunden. M. heiratete im 28. Jahre. Seitdem war die Periode etwas stärker. 3 Geburten, (1. normal, 2. Steissgeburt, 3. normal). Im 2. und 3. Wochenbett Unterleibsentzündung. — Seit 4 Monaten ist die Periode verstärkt und in kürzeren Pausen wiederkehrend. (Vor 7 Jahren wurde ein Ring eingesetzt wegen Prolaps. Diesen trug die Patientin ohne Unterbrechung bis zur Aufnahme in die Klinik.) Reichlicher übelriechender Ausfluss (durch Zersetzung des Ringes) Schmerzen in Leib und Kreuz.

Status praes.: Bau im allgemeinen gut und kräftig. Patientin ist bleich, anaemisch, durch den Blutverlust sehr geschwächt. Innere Organe normal. — Genitalien: Uterus etwas vergrössert. Portio dick. Aus dem os externum ragt ein ungefähr wallnuss-

grosser, gestielter Tumor von hellroter Schleimhaut umgeben (Spiegelbeobachtung).

Therapie: Aus der Scheide wird ein in Zersetzung begriffener Mayerscher Ring entfernt. 2stündige Sublimatausspülungen. Der Polyp wird mit Scheere in Steisslage abgetragen. Jodoformgazetamponade des Cavum uteri. Nach 10 Tagen geheilt entlassen.

5) 1885. B. S. 38 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Pat. war früher stets gesund. Die Menstruation trat im 15. Jahre ein, war im Beginn etwas schmerzhaft. S. heiratete im 20. Jahre, gebar 3 mal spontan, das letzte Mal vor 7 Jahren. Zu frühes Aufstehen im ersten Wochenbett veranlasste eine Senkung des Uterus. Seit dem ersten Puerperium war die Menstruation etwas verstärkt, bald nach dem dritten trat Metrorrhagie ein, die, bald stärker bald schwächer, von längeren Pausen unterbrochen, fast ein Jahr anhielt. Die Menses blieben von da an fortwährend sehr reichlich. Seit dem Jahre 1880 traten wiederholt atypische Blutungen ein, daneben machte sich in letzter Zeit starker Fluor bemerkbar. Während der 4 letzten Perioden bestanden Wehen.

Status: Mässig kräftig gebaute, blasse Frau. Circulation und Respiration lassen keine Anomalien erkennen. Die Digestion ist seit einem „Magenkatarrh“ im Jahre 1870 dauernd gestört, insbesondere besteht öfters ohne bestimmte Ursache Neigung zum Erbrechen. Das Nervensystem zeigt normalen Befund. — Genitalien: Reichlicher eitriger Ausfluss aus der Vagina, auf Gerbsäurebehandlung etwas gebessert. Uterus vergrössert, schmerzhaft, Consistenz weich, os externum markstückgross, Ränder verdünnt; aus dem os ragt eine ziemlich grosse feste Geschwulst in die Scheide, gestielt.

Therapie: Polyp in Steisslage mit Hakenzange herabgezogen, Stiel mit Scheere durchschnitten. Blutung gering. Eisenchloridwattepfropf in den Cervix. Jodoformgazepfropf in die Scheide gelegt. Nach 8 Tagen entlassen.

6) 1886. E. M. 34 Jahre alt. Diagnose: Myoma uteri polyposum [et subserosum].

Anamnese: Patientin hat einmal Gelenkrheumatismus überstanden. Menstruirt im 16. Jahre, 4wöchentlich, 4tägig. M. heiratete im 33. Jahre. Leidet seitdem an wässerigem Ausfluss aus den Genitalien. Seit November 1885 Blutungen, welche im Dezember nachliessen, im Januar 1886 wieder auftraten. Klagen über Stuhlverstopfung und in der letzten Zeit über Harndrang.

Status: Ziemlich kräftiger Körperbau, starke Anaemie. Innere Organe normal. — Genitalien: Uterus in geringem Grade vergrössert; aus dem os externum ragt ein faustgrosser dickstieliger Polyp. Übelriechender Ausfluss aus der Scheide.

Therapie: Stiel in Narkose mit Siebolds' Scheere durchtrennt, nachdem der Tumor zuvor stückweise entfernt worden war. Schnittfläche des Stieles mit liquor ferri geätzt. Jodoformgazetamponade des Uterus. [Complikation mit Myome Subserosum in abdomine.]

7) 1887. B. V. 60 Jahre alt. Diagnose: Myoma corporis uteri polyposum.

Anamnese: Patientin war früher immer gesund. Menstruirt im 19. Jahre 4wöchentlich 4tägig. Periode schmerzlos. Blutabgang nicht reichlich. V. heiratete im 29. Jahre. Die Menstruation blieb nach der Heirat dauernd regelmässig, im 53. Lebensjahre trat Menopause ein. 6 normale Geburten. — Seit 3 Jahren Leibschmerz und Durchfall, nie Blutungen, dagegen starker Fluor etwa seit derselben Zeit.

Status praes.: Kräftig gebaute Frau von ziemlich gutem Aussehen. Innere Organe vollkommen normal. — Genitalien: Vagina weit, Uterus nicht vergrössert Aus dem etwa thalergrossen, scharfrandigen Muttermund ragt ein ziemlich grosser, jedoch dünnstieliger Tumor in die Scheide.

Therapie: In Steisslage Torsion des Stiels. Die nicht unbeträchtliche Blutung aus den Stielgefässen macht nachträgliche Unterbindung derselben notwendig. Jodoformgazetamponade des Cervix uteri. Nach 10 Tagen entlassen.

8) 1887. F. H. 41 Jahre alt. Diagnose: Myoma corporis uteri polyposum.

Anamnese: Patientin hat als Kind Lungenentzündung durchgemacht. Menstruirt im 10. Jahre 3wöch. 3—4 Tage. Periode öfters schmerzhaft und meist ziemlich reichlich. H. heiratete im 25. Lebensjahre. Sie gebar 3mal, musste die beiden ersten Male mit der Zange entbunden werden, die 3te Geburt, vor 11 Jahren, erfolgte spontan. Die Wochenbetten verliefen normal. Die Krankheit begann mit atypischen Blutungen, den Zeitpunkt weiss Patientin nicht genau anzugeben. Sie hatte in der folgenden Zeit viel über Mattigkeit, Übelkeit, Funkensehen u. dgl. zu klagen.

Status praes.: Bei der Kranken ziemlich schwere anaemische Erscheinungen (Kopfschmerz, Dyspnoe, Herzklopfen), daneben leichte Obstipation. — Genitalien: Uterus fest, derb, etwas vergrössert; der Fundus uteri ist 2 Finger breit über dem Nabel fühlbar, die Länge des Cavum beträgt 11,25 cm.

Therapie: Durchschneiden des ziemlich dicken Stiels des im oberen Teil der Scheide befindlichen Polypen mit der Siebold'schen Scheere. — 5 Monate später Wiedereintritt in die Klinik, da dieselben Beschwerden von neuem aufgetreten waren. Die Untersuchung ergiebt abermals das Vorhandensein eines fibrösen Polypen des Corpus uteri, welcher in einzelnen Partien mit der Siebold'schen Scheere abgetragen wird. — Nach 9 Monaten abermaliger Eintritt in die Klinik. Veranlassung dazu giebt der Ausfluss einer braunroten foetiden Flüssigkeit aus der Vagina. In dem oberen Teil der Scheide lässt sich, gestielt aus dem vergrösserten Uterus ragend, ein etwa kindskopfgrosser Tumor nachweisen, welcher mit der Hakenzange gefasst und mit der Scheere stückweise abgetragen wird. Ausspülung (mit 3% Carbollösung) und Jodoformgazetamponade des Cavum uteri. Am folgenden Tage leichtes Fieber, auf Ätzung des Cavum uteri mit in conc. Carbolsäure getauchter Watte beseitigt. Nach 14 Tagen geheilt entlassen.

9) 1888. F. A. 75 Jahre alt. Diagnose: Polypöses Myom des Uterus.

Anamnese: Pat. war früher nie ernstlich krank. Menstruirt mit 18 Jahren, 4wöchentlich, 8—10 tägig. Periode ziemlich schmerzhaft; Blutabgang dabei reichlich. Im 50. Jahre Menopause. A. heiratete im 22. Jahre, gebar 2 mal, abortirte 2 mal. (Letzte Geburt vor 43 Jahren normal.) Die Wochenbetten verliefen normal. Im Sommer des Jahres 1887 ging nach wiederholten Blutungen aus der Scheide ein faustgrosser „Klumpen" ab. Dasselbe wiederholte sich vor 16 Tagen und ebenso unter anhaltender Blutung vor 8 Tagen.

Status: Ziemlich starke Anaemie, innere Organe im Übrigen normal. — Genitalien: Im Spiegelbild zeigt sich im oberen Teile der Vagina, der Portio entsprechend, eine zerklüftete verfärbte Masse. Starker übelriechender Ausfluss. Verdacht auf Carcinom des Cervix. Mit dem Finger lässt sich jedoch über der verjauchenden Partie, die sich mit einem stielartigen Gebilde in den Uterus fortsetzt, der scharfrantige os externum deutlich fühlen.

Therapie: Entfernung der Geschwulstmassen mit dem scharfen Löffel. Eisenchloridabwaschung der Wundfläche, welche nicht stark blutet, Jodoformgazetamponade des Cervix und der Scheide. Nach 11 Tagen geheilt entlassen.

10) 1888. M. W. 51 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri necroticum.

Anamnese: Menstruirt im 20. Jahre, 4 wöchentlich, 3tägig. Meist Schmerz kurz vor Eintritt der Periode. Heiratete mit 38 Jahren. 3 normale Geburten. Seit 4 Jahren verstärkte Menses. Seit 1 Jahr atypische Blutungen und Leibschmerz.

Status: Körperbau kräftig; geringe Anaemnie: Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Schwindel, Schwächegefühl. Seit 1 Jahr Harndrang. — Genitalien: Uterus bedeutend vergrössert. Aus dem erweiterten os hängt an dickem Stiel eine grosse graue Geschwulstmasse in die Vagina herab.

Therapie: In Steisslage Tumor mit Hakenzange herabgezogen, Stiel mit Scheere durchschnitten. Nach Carboldesinfektion Vagina und Cervix mit Jodoformgaze tamponirt.

11) 1888. B. H. Alter unbekannt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri gangraenosum.

Anamnese: Über Familie und Kindheit der Patientin liegen keine Mitteilungen vor. Ebenso konnte nicht ermittelt werden wann sie menstruirt wurde. Die Menstruation soll stets schmerzlos, der Blutabgang dabei ziemlich reichlich gewesen sein. H. heiratete mit 20 Jahren, gebar 2 mal und abortirte 1 mal. Die letzte Geburt liegt 16 Jahre zurück. Ihr jetziges Leiden begann im Frühjahre 1887 in Form verstärkter 8 Tage anhaltender Menstrualblutungen. Seit 3 Wochen besteht bei ihr „drängender" Leibschmerz.

Status: Klein, schwächlich gebaut, Aussehen in hohem Grad leidend, Gesichtsfarbe gelblichbraun. Atmungs-, Kreislaufs- und Verdauungsorgane sind gesund. Das Nervensystem ist sehr angegriffen, die Kranke fühlt sich matt, elend, leidet an Kopfweh und Übelkeit. — Genitalien: In der Vagina, fast bis zur Vulva reichend, faustgrosser, glatter gangraenöser Polyp. Uterus sehr stark vergrössert. Stinkender Ausfluss aus der Vagina. Stiel des Tumors, etwa 3 cm dick, bis zum os externum verfolgbar.

Therapie: Stückweise Entfernung des Tumors, Desinfektion des Genitalkanals mit Sublimat (1:1000).

12) 1889. D. L. 42 Jahre alt. Diagnose: Myoma uteri polyposum.

Anamnese: Patientin hat in ihrer Jugend an Bleichsucht gelitten, war im übrigen nie ernstlich krank. Menstruirt im 17. Jahr, 5—7 wöchentlich, 4—5 tägig. L. heiratete im Alter von 25 Jahren, gebar 7 mal, zum letzten Male vor 3 Jahren. Seit etwa 2 Jahren leidet sie an profusen Blutungen, die sich in kurzen Pausen wiederholen; seit ungefähr 1 Jahr besteht Leib- und Kreuzschmerz, besonders bei der Menstruation, und starker Fluor. Die letzten 3 Wochen hielt die Genitalblutung fast fortwährend an.

Status: Mittelgrosse, hagere sehr anaemische Frau. Innere Organe gesund. — Genitalien: Uterus vergrössert, vordere Lippe verdickt. Aus dem für den Zeigefinger bequem durchgängigen Cervicalcanal hängt ein, von der hinteren Corpuswand gestielt

ausgehender Tumor von ziemlich derber Consistenz in die Scheide herab.

Therapie: Der Tumor wird mit einer Hakenzange gefasst und durch allmähliches stärkeres Anziehen am Stiel abgerissen. Danach Jodoformgazetamponade des Cavum uteri und Wattetamponade der Scheide.

13) 1889. J. Th. 45 Jahre alt. Diagnose: Myoma cervicis in vaginam et per vulvam evolutum.

Anamnese: Patientin machte in ihrem 21. Lebensjahre acuten Gelenkrheumatismus durch. Menstruirt mit 14 Jahren, 4wöchentlich 5tägig, dabei meist geringer Leibschmerz, Blutabgang im Allgemeinen gering. Th. heiratete mit 22 Jahren. Die Periode soll seitdem dauernd profus gewesen sein. Zwei normale Geburten, letzte vor 16 Jahren. Seit dem ersten Partus besteht bei der Kranken Prolaps. vagin., der anfangs durch einen Ring, später durch ein Hysterophor zurückgehalten wurde. — Vor 9 Wochen trat eine plötzliche Genitalblutung ein, welche fast eine volle Woche unter starkem Leibschmerz, besonders auf der rechten Seite, anhielt.

Status: Mittelgrosse, gracil gebaute, sehr anaemische Frau. — Genitalien: Uterus etwas vergrössert, retrovertirt. Die Vagina ist ausgefüllt von einem länglichen, glatten, harten Polypen mit ulcerirter Spitze, dessen Stiel sich bis in den Cervicalkanal mit dem Finger verfolgen lässt. Im Laufe des Tages (Aufnahmetag) tritt der Tumor vor die Vulva.

Therapie: Excision des Tumors aus dem Cervix durch keilförmigen Schnitt. Vereinigung der Wundflächen durch Quernähte. Jodoformgazetamponade des Cavum uteri. Patientin wird nach 17 Tagen geheilt entlassen.

14) 1889. A. M. 45 Jahre alt. Myoma polyposum cervicis uteri.

Anamnese: Menstruirt im 17. Jahre, 4wöchentl. 6tägig. Heiratete im 24. Jahre. 6 Geburten (darunter 1 Forceps, 1 Steissgeburt). Wochenbetten normal. — Menses in der letzten Zeit sehr profus, seit 8 Wochen atypische Blutungen.

Status: Mittelgrosse, kräftig gebaute, anaemische Frau. Innere Organe gesund. — Genitalien: Uterus etwas vergrössert; vor dem os externum derber, über taubeneigrosser Tumor. Länge des Cavum uteri 8,5 cm.

Therapie: Tumor in Steisslage mit Scheere (Stieldurchschneidung) abgetragen. Nach 9 Tagen geheilt entlassen.

15) 1889. L. Sch. 46 Jahre. Diagnose: Myoma submucosum polyposum corporis uteri.

Anamnese: Patientin ist seit dem 15. Jahre menstruirt. Die Periode trat 4wöchentlich ein und hielt 6—8 Tage an, war zeitweise mit Schmerz verbunden, nicht reichlich. Sch. heiratete 26 Jahre alt, gebar 7mal (darunter 2mal mittels Wendung entbunden). Die Wochenbetten verliefen stets normal. Seit 2 Jahren traten Menorrhagien, vor $^1/_4$ Jahre atypische Blutungen auf, daneben etwas Kreuzschmerz und ein drängendes Gefühl nach unten.

Status: Körperbau, wie bei der vorigen Kranken. Erscheinungen ziemlich hochgradiger Anaemie, Kopfschmerz, Schwindel, Schwächegefühl u. dgl. — Genitalien: Im oberen Teile der Vagina ist eine etwa hühnereigrosse, derbe Geschwulst, mit fingerdickem Stiel von der hinteren Wand des Uterus ausgehend, fühlbar. Corpus uteri ziemlich stark vergrössert.

Therapie: In Chloroformnarkose und Steissrückenlage wird die Vagina mit Sublimatlösung 1,0:4000 aq. ausgespült und, nach Einlegen einer Simon'schen Rinne, der Tumor mit dem Kehrer'schen Polypenbohrer angebohrt, herabgezogen und sein Stiel unter Leitung des Fingers nahe seiner Insertionsstelle an der Wand des Uterus durchschnitten. Blutung sehr gering. Jodoformgazetamponade der Scheide und des Cavum uteri.

16) 1889. C. E. 46 Jahre alt. Diagnose: Myoma cervicis polyposum gangraenosum.

Anamnese: Menstruirt im 17. Jahre, 4wöchentl., 2—3tägig, ohne Schmerz, mit ziemlich geringem Blutverlust. E. heiratete mit 24 Jahren, gebar 7 mal (einmal gemini), das letzte Mal vor 10 Jahren, abortirte 3 mal. Seit etwa 3 Jahren leidet Patientin an, in Pausen von $^1/_4$ bis $^3/_4$ Jahren eintretenden,

8 Tage dauernden Blutungen, welche vor $^3/_4$ Jahren sistirten, vor 3 Wochen von neuem eintraten.

Status praes.: Grosse kräftige Frau, mit gut entwickeltem Fettpolster, Aussehen gesund. Innere Organe vollkommen normal; geringes Schwächegefühl. — Genitalien: Die beiden oberen Drittteile der sehr weiten Vagina nimmt ein kugelförmiger, harter Tumor mit rauher Oberfläche ein. Er entspringt mit etwa kleinfingerdickem Stiel von der vorderen Cervicalperipherie. Die Portio ist kurz, breit, das Corpus uteri nach hinten gerichtet, nicht schmerzhaft und dabei vergrössert. Die Oberfläche des Tumors ist uneben, grünlich verfärbt; es besteht foetider Fluor.

Therapie: Nach Desinfektion des Tumors (Sublimat 2,0 : 1000 aq) wird derselbe mit der Hakenzange gefasst und stumpf von der Basis abgelöst. Das Cavum uteri wird hierauf mit Sublimatlösung (1 : 1000) desinfizirt, danach mit Jodoformgaze, die Scheide mit Watte tamponirt. 10 Tage danach entlassen.

17) 1890. H. M. 41 Jahre alt. Diagnose: Myoma uteri submucosum polyposum.

Anamnese: Die Familienanamnese ist belanglos. Patientin selbst machte als Kind ein Augenleiden durch, überstand mit 17 Jahren das „Nervenfieber“ und erkrankte 1880 an Lungenentzündung. Vor $6^1/_4$ Jahren, ebenso vor 3 Jahren wurden operativ Geschwülste aus der Scheide entfernt; beide mal will Patientin vorher an Blutungen gelitten haben. Menstruirt mit 14 Jahren, 4wöchentl., 3—4 tägig. Blutabgang dabei ziemlich spärlich. Pat. heiratete im 21. Jahre, gebar 2 mal, das letzte Mal vor 21 Jahren. Ihr jetziges Leiden begann im August 1889 mit starken Genitalblutungen, welche durch ein „Pulver“ erfolglos bekämpft worden sein sollen. Neben den durch längere Pausen unterbrochenen Blutungen besteht seit letzter Zeit bräunlicher Fluor.

Status: Grosse kräftig gebaute, sehr anaemische, an hochgradigem Schwächegefühl, Kurzatmigkeit und Palpitationen leidende Frau. Klagen über öfteren Harndrang. — Genitalien: Im oberen Teil der Vagina über apfelgrosser, prallelastischer derber glatter Tumor mit daumendickem Stiel, rechts in den

Cervix übergehend. Der rechte Muttermundsrand ist verstrichen, Uterus etwas verdickt, anteflektirt.

Therapie: In Chloroformnarkose wird der Tumor mit der Hakenzange gefasst und in einzelnen Stücken abgetragen (mittels Scheere). Die Blutung bei der Operation ist ziemlich gering. Jodoformgazetamponade des Cavum uteri und Jodoformwattetamponade der Vagina. Nach 10 Tagen geheilt entlassen.

18) 1890. H. M. 41 Jahre alt Diagnose: Myoma corporis uteri submucosum polyposum.

Anamnese: M. litt vom 12. Jahre an viel an Bleichsucht. Menstruirt mit dem 12. Jahre, 4 wöchentlich, 4—5 tägig. Die Menses waren nie besonders reichlich. Sie heiratete mit 23 Jahren, gebar 2 mal, zuletzt vor 13 Jahren; die Wochenbetten verliefen stets normal. Ihre jetzige Krankheit begann im Novbr. 1889 mit einer profusen atypischen Genitalblutung, welche sich in kurzen Pausen wiederholte. Etwa seit derselben Zeit fühlt die Kranke öfters Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, die im Liegen nahezu verschwinden. Klagen über Kopfweh, Herzklopfen, Ohrensausen, Mangel an Appetit, wiederholtes Erbrechen seit Eintritt der Blutungen. In der letzten Zeit hartnäckige Obstipation.

Status praes.: Frau von mittelgrossem hagerem Bau, sehr anaemisch, innere Organe normal. — Genitalien: Aus dem etwa 3 cm (im Durchm.) weiten Muttermund ragt ein eigrosser Polyp von rötlicher Schleimhaut überzogen. Uterus etwas vergrössert.

Therapie: In Steisslage wird das Myom mit dem Kehrerschen Bohrer angebohrt und sein Stiel durchschnitten. Tamponade wie bei dem vorhergehenden Falle. 14 Tage nach der Operation geheilt entlassen.

19) 1890. B. F. 18 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum cervicis uteri.

Anamnese: Menstruirt mit 15 Jahren, 4 wöchentl., 2—3 täg. Unverheiratet. Bekam vor 1 Jahr fast anhaltende Genitalblutungen, die höchstens von 2—5 tägigen Pausen unterbrochen waren, und in der letzten Zeit noch stärker geworden sein sollen.

Status praes.: F. ist mittelgross, ziemlich kräftig gebaut. Zeichen von Anaemie sind nicht vorhanden. Die inneren Organe sind vollständig gesund. — Genitalien: Der Uterus ist etwas vergrössert, die Portio ballonartig aufgetrieben. In dem weiten scharfrandigen os externum ist ein ungefähr kirschgrosser, derber, von hochroter Schleimhaut umgebener glatter Tumor sichtbar, der gestielt von der vorderen Wand des Cervicalkanals ausgeht.

Therapie: Die Portio wird, um den Tumor zugänglich zu machen, bilateral mit der Scheere gespalten, darauf der Stiel des Polypen durchschnitten. Tamponade wie bei Fall 18. 14 Tage nach der Operation und nach fieberloser Nachbehandlung entlassen.

20) 1890. G. B. 35 Jahre alt. Diagnose: Myoma uteri corporis polyposum.

Anamnese: Menstruirt mit 17 Jahren, 4wöchentlich, 5 bis 6tägig. Heiratete im 22. Jahre. Gebar 9 mal, zuletzt vor zwei Jahren. Seit 8 Monaten ist die Periode verstärkt und es besteht seit derselben Zeit Fluor albus.

Status praes.: Kleine, jedoch ziemlich kräftige, gesund aussehende Frau Innere Organe vollkommen normal. — Genitalien: Im unteren Theil der Vagina findet sich ein kugeliger, kastaniengrosser, derber Tumor mit langem, kleinfingerdickem Stiel, dessen Insertion unauffindbar ist, wiewohl sie sicher von der Wand des Uteruscavums ausgeht; Uterus anteflektirt und etwas verdickt.

Therapie: Der Stiel des Tumors wird in Steisslage ohne Narkose abgeschnitten. Raclage der Uterushöhle. Tamponade wie beim vorigen Falle. 6 Tage nach der Operation auf eigenen Wunsch entlassen.

21) 1890. H. B. 33 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Menstruirt im 16. Jahre 4—6wöchentlich 6 bis 7tägig. Menses waren ziemlich reichlich und gewöhnlich etwas schmerzhaft. Unverheiratet. Seit Mai 1889 sind bei der Patientin unregelmässige, sehr profuse Genitalblutungen, seit Juli desselben Jahres, zur Zeit der Menses, intensive Leib-

und Kreuzschmerzen aufgetreten. Die Schmerzen verschwanden im Beginn des Jahres 1890, liessen jedoch ein hochgradiges Schwächegefühl bei der Kranken zurück. Lebhafte Klagen über Herzklopfen, Appetitmangel, Kopfweh und Ohrensausen. Stuhl träge.

Status praes.: Ziemlich kräftiger Körperbau, hochgradige Anaemie. Die inneren Organe normal. — Genitalien: In der Vagina überapfelgrosser, bei Berührung leicht blutender Tumor von kugeliger Form, mit dickem Stiel von der hinteren Wand des corpus uteri ausgehend. Uterus etwas vergrössert, Cervix verstrichen.

Therapie: Tumor mit Scheere in einzelnen Stücken entfernt. Blutung gering. Tamponade wie beim vorigen Fall. Nach fieberlosem Verlaufe 8 Tage nach der Operation geheilt entlassen.

22) 1890. B. H. 53 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Über Eintritt der Menstruation und über frühere Krankheiten ist nichts zu ermitteln. H. heiratete im 23. Jahre, gebar 4mal, zuletzt vor 19 Jahren, abortirte 1mal. In der letzten Zeit — genau weiss Pat. den Zeitpunkt nicht mehr anzugeben — nahm die menstruelle Blutung an Stärke zu. Die Kranke kommt mit Klagen über allerhand, offenbar auf Anaemie zu beziehende Symptome: Kopfschmerzen, Schwindel, öfteres Erbrechen, Verdauungsbeschwerden, hochgradiges Mattigkeitsgefühl, in die Klinik.

Status praes.: Mittelgrosser Bau, anaemisches Aussehen. — Genitalien: Aus dem klaffenden os externum ragt ein dickstieliger, stellenweise mit grauer Schleimhaut überzogener, weicher Polyp in die Scheide. Der Uterus ist in mässigem Grade vergrössert.

Therapie: Der Polyp wird mit der Polypenzange angehakt, doch reisst sowohl diese, wie der Bohrer aus, so dass zur stückweisen Entfernung des Tumors geschritten werden muss. Tamponade wie bei Fall 18, welche vollkommen hinreicht, die nicht starke Blutung zu stillen. Nach fieberloser Reconvaleszens erfolgt nach 17 Tagen die Entlassung.

23) 1890. N. G. 50¾ Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Die Kranke, aus gesunder Familie stammend, hat von schweren Erkrankungen nur einmal in ihrer Jugend Lungenentzündung durchgemacht. Die Menstruation trat bei ihr im 13. Lebensjahre ein, erfolgte alle 4 Wochen, hielt etwa 3—4 Tage an. Sie heiratete mit 17 Jahren, wurde im Jahre 1861 mit der Zange entbunden, wobei ein Dammriss entstand, der nicht genäht wurde. 1mal abortirte sie im 3. Monat. Im 2. Wochenbett bekam sie „Gebärmutterentzündung". — Seit längeren Jahren — Genaueres kann sie über den Zeitpunkt des Beginns derselben nicht mitteilen — wird die Kranke durch Metrorrhagien und Ohnmachten heimgesucht. Eine ärztliche Untersuchung im Jahre 1884 ergab das Bestehen eines Myoms. Über Sitz und Beschaffenheit desselben liegen von dieser Untersuchung her keine näheren Angaben vor. Im Jahre 1886 wurde der fortgesetzten Blutungen wegen die Castration ohne den gewünschten Erfolg ausgeführt. 5 Monate nach dieser Operation liess die Blutung spontan nach, trat aber bald wieder mit voller Stärke auf. Die Kranke klagt bei ihrer Aufnahme über grosse Mattigkeit und Abgeschlagenheit, Atemnot, Herzklopfen beim Gehen, grosse Nervosität, über allerhand abnorme Sensationen im Leibe, leidet seit Juli 1890 an Harndrang und Blasenkartarrh und etwa seit der gleichen Zeit an Diarrhoe.

Status praes.: Sehr grosse, kräftig gebaute Frau von verhältnissmässig gutem Aussehen. Innere Organe vollkommen normal. — Genitalen: Die Vagina zeigt den oben genannten Dammdefekt. Der Uterus ist vergrössert, derb, auf Berührung schmerzhaft, die Portio dick, nicht hypertrophisch, im Verstreichen begriffen. Im os externum ist ein taubeneigrosser derber Polyp sichtbar, der mit etwa kleinfingerdickem Stiel aus der Uterushöhle ragt.

Therapie: Der Stiel des Polypen wird in Seitenlage mit der Sieboldschen Scheere durchschnitten. Blutung sehr gering, Tamponade wie bei den vorhergehenden Fällen. Reconvaleszenz fieberlos. Nach 3 Wochen geheilt entlassen.

24) 1890. B. M. 47 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Menstruirt seit dem 15. Jahre, 4wöchentlich, 3tägig. Heiratete im 21. Jahre. Gebar 3mal, bei der dritten Geburt starke Blutung. Die Wochenbetten verliefen normal. Seit dem Jahre 1890 continuirliche Zunahme der menstruellen Blutung.

Status praes.: Ziemlich kräftiger Körperbau, bleich-anaemisches Aussehen. Erscheinungen allgemeiner starker Anaemie: Kopfweh, Herzklopfen, Mattigkeit. Starker Husten. Seit 1 Jahre wehenartiger Schmerz bei der Periode. — Genitalien: Uterus etwas vergrössert. Portio conisch entfaltet. Aus dem os externum ist ein hühnereigrosser Polyp, mit dickem Stiel im Cavum uteri entspringend in die Vagina getreten.

Therapie: In Steisslage wird der Bohrer in den Polypen eingebohrt, der Tumor herabgezogen, sein Stiel mit der Sieboldschen Scheere durchschnitten. Blutung gering. Tamponade wie oben. Reconvaleszenz fieberlos. Nach 8 Tagen geheilt entlassen.

25) 1891. L. W. 50 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum cervicis uteri.

Anamnese: Menstruirt mit 18 Jahren, die Menstruation war dauernd unregelmässig, aber ohne Schmerz und nie mit reichlichem Blutabgang verbunden. W. heiratete im Alter von 22 Jahren. Gebar 4 mal, zum letzten Male vor 16 Jahren. Geburten und Wochenbetten verliefen normal. Vor 2 Jahren stellten sich plötzlich unregelmässige Genitalblutungen ein, daneben massiger Fluor. Seit 2 Monaten ist eine Geschwulst in der Schamspalte sichtbar geworden.

Status preas.: Körperbau ziemlich kräftig, Aussehen blass. Innere Organe normal. Ausser der Blässe bestehen keine wesentlichen Erscheinungen von Anaemie. — Genitalien: Aus der Vulva ragt ein fast faustgrosser derber Tumor an dickem in die hintere Lippe des äusseren Muttermundes übergehendem Stiele.

Therapie: In Steisslage wird der Stiel des Tumors mit Sieboldscher Scheere durchschnitten. Die Schnittfläche mit

Fe_3Cl_6-Lösung geätzt. Nach fieberloser 4 wöchiger Reconvaleszenz wurde W. geheilt entlassen.

26) 1891. Ch. S. 45 Jahre alt. Diagnose: Fibromyoma submucosum polyposum corporis uteri.

Anamnese: Mutter starb an einem Uterinleiden, welches mit Blutungen verbunden war, (Myom?, Carcinom?) Vater lungenleidend. Pat. selbst litt längere Zeit an Chlorose. Menstruirt im 15. Jahre, 4 wöchentlich, 3 tägig. Periode schmerzlos, Blutabgang nicht reichlich. Heiratete im 22. Lebensjahre, gebar 4 mal, das letzte Mal vor 16 Jahren. Geburten und Wochenbetten verliefen stets normal. Seit 2 Jahren nahm der Blutverlust bei der Periode zu, die Regel trat alle 4—5 Wochen ein und hielt meist 10 bis 14 Tage an.

Status praes.: Kräftig gebaute Frau von bleichem anaemischem Aussehen. Innere Organe gesund. — Genitalien: Im oberen Teil der Scheide befindet sich ein etwa apfelgrosser, harter, mit dickem Stiel aus dem Cavum uteri kommender Tumor. Uterus anteflektirt, Corpus mässig vergrössert.

Therapie: In Steisslage wird der Stiel des Polypen mit Siebolds Scheere abgeschnitten. Blutung gering. Tamponade wie bei den vorigen Fällen. Nach fieberlosem Heilungsverlaufe wird die Kranke 10 Tage nach der Operation entlassen.

27) 1891. B. K. 39 Jahre alt. Diagnose: Fibromyoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Menstruirt mit 14 Jahren, 3 wöchentl., 3tägig ohne Schmerz. Blutabgang bei der Periode nicht reichlich. Unverheiratet. Seit 3 Jahren sind bei der Kranken ohne bestimmte Ursache unregelmässige Genitalblutungen von 6—8wöchiger Dauer aufgetreten, welche sich nach etwa 10—14tägigen Pausen wiederholten. Seit 2 Monaten bestehen 5tägige Blutungen alle 14 Tage, wenn diese aufhören, tritt Fluor albus ein. Die bisherige Behandlung soll im Verabfolgen von „Tropfen“ und von heissen Scheidenirrigationen bestanden haben. Lebhafte Klagen über Herzklopfen, Kopfweh, grosse Mattigkeit und Schlaflosigkeit.

Status praes.: Gracil gebaute, hochgradig anaemische Frau. Innere Organe gesund. — Genitalien: An einem dicken, aus dem dünnwandigen Cervicalkanal kommenden Stiel hängt ein höckeriger, etwa mannsfaustgrosser Polyp in die Scheide. Der Stiel scheint von der hinteren Corpuswand zu entspringen.

Therapie: In Steisslage wird der Tumor mit „Kraetzer" (= Polypenbohrer) angebohrt und an diesem herabgezogen, sein Stiel mit Siebolds Scheere durchschnitten. Mässige Blutung. Tamponade wie bei den vorhergehenden Fällen. Nach 20tägiger fieberloser Reconvaleszens geheilt entlassen.

28) 1891. W. W. 38 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum cervicis uteri.

Anamnese: Menstruirt mit 18 Jahren, 4wöchentl. 3tägig. Heiratete mit 27 Jahren. Geburten: I. und II. Abort, jeweils im dritten Monat, III. normal, IV.—VI. Abort (im 3. Monat), VII. und VIII. normal, IX. Wendung und Extraktion vor $1^1/_2$ Jahren. Die Wochenbetten verliefen stets normal. Seit 4 Jahren ist die Periode sehr stark. In den letzten Tagen bemerkte die Kranke das Vortreten einer Geschwulst vor die Genitalien. Sie hatte seit längerer Zeit über Incontinenz und Harndrang zu klagen, seit einigen Tagen sind die Erscheinungen der Ischurie bei ihr aufgetreten.

Status praes.: Kräftig gebaute, verhältnissmässig gut aussehende Frau. Innere Organe vollkommen normal. — Genitalien: Die Scheide ist von einem zweifaustgrossen Tumor ausgefüllt. Derselbe hat zu einer Inversio mucosae uteri totalis et muscularis uteri partialis geführt. Das Cavum uteri ist infolgedessen ganz verschwunden. Das Corpus uteri ist unter der Symphyse deutlich zu fühlen, dextroponirt und -vertirt.

Therapie: In Cloroformnarkose wird die den Tumor umgebende Kapsel aus Mucosa und Muscularis gespalten und der Tumor stumpf aus ihr herausgelöst; da er seiner Grösse halber nicht in toto exstirpirt werden kann, wird er stückweise entfernt. Die spritzenden Arterien werden unterbunden, die Schnittwunde wird vernäht. Tamponade wie bei den vorhergehenden Fällen. 2 Wochen nach der Operation und fieberloser Reconvaleszenz Entlassung.

29) 1891. A. K. 40 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Menstruirt mit 17 Jahren, 4wöchentlich 4tägig. Heiratete im 24. Jahre. 3 normale Geburten, letzte vor 9 Jahren. Seit dem letzten Wochenbett wurde die menstruelle Blutung bei der Kranken stärker. Vor ½ Jahre bekam sie Blinddarmentzündung; die Periode soll von da an profus alle 4 Wochen eingetreten sein und etwa 14 Tage gedauert haben. Dabei bestand Leibschmerz, Fluor albus und allgemeines Schwächegefühl. In der letzten Zeit trat Harndrang dazu, mitunter auch Ischurie.

Status praes.: Körperbau kräftig, Aussehen ziemlich gut. Innere Organe normal. — Genitalien: In die Vagina ragt ein dickstieliger, aus dem Cavum uteri kommender Polyp von etwa Faustgrösse.

Therapie: In Steinschnittlage ohne Narkose wird der Kehrer'sche Bohrer in den Polypen eingebohrt. Da beim Herabziehen Inversion des Fundus uteri eintritt, wird auf Excision des Polypen mittels Stieldurchschneidung verzichtet, die den Tumor umgebende Kapsel gespalten und die Geschwulst stumpf aus ihr herausgelöst. Die Blutung ist sehr gering. Das Geschwulstbett wird sofort vernäht. Tamponade wie bei den vorhergehenden Fällen. Nach fieberloser Reconvaleszenz wird die Kranke 14 Tage nach der Operation geheilt entlassen.

30) 1891. B. B. 38 Jahre alt. Diagnose: Polypus fibrosus corporis uteri.

Anamnese: Menstruirt im 13. Jahre, 4wöchentl. 4—5tägig. Heiratete im 25. Jahre. Kein Coitus wegen Impotenz des Mannes. Im Juli 1891 trat die Menstrualblutung sehr stark auf und dauerte von da an je etwa 8 Tage lang mit ungefähr 8—10tägigen Pausen. Im September verlor sich diese verstärkte Blutung, trat aber schon im Oktober 1891 wieder ein. Gleichzeitig trat Kreuzschmerz bei der Periode ein. Die Kranke klagt über Herzklopfen, Kopfweh und trägen Stuhl.

Status praes.: Gracil gebaute Frau von gesundem Aussehen. Innere Organe normal. — Genitalien: In die Scheide ragt aus dem erweiterten os ext. ein etwa taubeneigrosser Polyp. An

der hinteren Seite der virginalen Portio finden sich zwei etwa bohnengrosse polypöse Excreszenzen.

Therapie: Exstirpation der Polypen durch Stielabschneidung mit Siebolds Scheere. Aetzung der Schnittfläche mit 50 % Zinkchloritlösung. Heilung.

31) 1891. B. K. 49 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum uteri.

Anamnese: Menstruirt mit 15 Jahren, 4wöchentlich, 8tägig. Heiratete im 20. Jahre. Gebar 1mal vor 20 Jahren. — Seit 10 Monaten bestehen bei der Kranken fast anhaltende, höchstens 2—3 Tage aussetzende Genitalblutungen. Klagen über Herzklopfen, Kopfweh, Ohrensausen, Mattigkeitsgefühl.

Status praes.: Ziemlich kräftige untersetzte Frau von gutem Aussehen. Innere Organe normal. — Genitalien: Aus dem os externum hängt ein gestielter Tumor, von der vorderen Corpuswand ausgehend, in die Scheide herab.

Therapie: Tumor wird mit Polypenbohrer angebohrt, herabgezogen, und sein Stiel mit der Scheere abgeschnitten. Nach 8 Tagen Entlassung der Kranken.

32) 1892. G. L. 40 Jahre alt. Diagnose: Polypus cervicis uteri fibrosus.

Anamnese: Menstruirt im 14. Jahr, 4wöchentlich, 3—4 tägig. Verheiratet; jedoch ist über die Zeit der Heirat nichts Näheres zu ermitteln. 7 normale Geburten, letzte vor 6 Jahren. Seit ½ Jahre leidet die Kranke an atypischen, bald stärkeren, bald schwächeren Blutungen. Klagen über Herzklopfen, Schmerzen im Leibe von unbestimmter Art, hartnäckige Obstipation. Seit 14 Tagen Urindrang.

Status praes.: Grosse, etwas hagere, anaemisch aussehende Frau. Respirations-, Circulations- und Digestionsorgane gesund. — Genitalien: Uterusretroversion I. Grades. Im Cervicalkanal ist ein keulenförmiger gestielt von der hinteren Cervixwand ausgehender Polyp mit glatter Schleimhautoberfläche sichtbar. Vorderes und hinteres Scheidengewölbe sind fast verstrichen.

Therapie: Der Polyp wird mit dem Bohrer angebohrt, herabgezogen und sein Stiel mit Siebolds Scheere abgeschnitten.

Blutung gering, Tamponade wie bei den vorhergehenden Fällen. Nach 8 Tagen war die Heilung soweit gediehen, dass zur Entlassung geschritten werden konnte.

33) 1892. H. E. 51 Jahre alt. Polypus fibrosus cervicis uteri.

Anamnese: Menstruirt im 13. Jahre, 4wöchl. 3—4tägig. Heiratete im 20. Jahre. Gebar 2mal, zum letzten Male vor 2 Jahren. Die Wochenbetten verliefen normal. Seit etwa 2 Jahren sollen sich bei der Kranken alle 3—4 Wochen unregelmässige Genitalblutungen eingestellt haben, während der letzten Wochen sollen in Zeiträumen von etwa 8 Tagen Blutungen von 3—5 tägiger Dauer eingetreten sein.

Status praes.: Frau E. ist kräftig gebaut; etwas anaemisch. Krankhafte Veränderungen der inneren Organe bestehen nicht. — Genitalien: Uterus etwas vergrössert, ziemlich derb und fest. Vordere Lippe des os ext. verdickt, von ihr hängt mit ziemlich dickem Stiel ein kleiner harter fibröser Polyp herab.

Therapie: Excisio cuneiformis an der Stelle der Stielinsertion. Vereinigung der Wundränder durch die Naht. Tamponade des Cervix mit Jodoformgaze.

Nach 14 Tagen geheilt entlassen.

34) 1892. L. R. 50 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Vater der Kranken starb an Phthis. pulm. Mutter starb an „Gicht". R. selbst litt in ihrem 14. Lebensjahre an Bleichsucht. Menstruirt im 17. Jahre, 4 wöchentlich, 3—4 tägig. Heiratete 26 Jahre alt, gebar 3 mal, zuletzt vor 14 Jahren. Die Wochenbetten verliefen normal. — Vor etwa einem Jahre (März 1891) trat verstärkter menstrueller Blutabgang ein, derselbe wiederholte sich im November 1891, dauerte bis Anfang des Jahres 1892, verschwand dann bis zum März dieses Jahres, worauf derselbe Vorgang sich plötzlich wiederholte. Die Kranke klagt lebhaft über seit November 1891 bestehendes Herzklopfen, öftere Kurzatmigkeit, beides besonders beim Arbeiten, schlechten Appetit, trägen Stuhl und Harndrang. Fühlt sich sehr schwach, leidet an Schwindelanfällen.

Status praes.: Grosse, hagere, anaemische, jedoch kräftig gebaute Frau. Innere Organe, insbesondere Lungen gesund. Genitalien: Uterus wenig vergrössert, leicht invertirt. Aus dem os externum ragt ein dickstieliger Polyp, dessen Insertion im Cavum uteri nicht auffindbar ist.

Therapie: Der Tumor wird mit dem Polypenbohrer angebohrt, herabgezogen und sein Stiel hart an der Geschwulst durchschnitten. Blutung gering. Tamponade des Uteruscavums mit Jodoformgaze, der Scheide mit Watte. Nach 8tägiger fieberloser Reconvaleszenz geheilt entlassen.

35) 1892. W. K. 40 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Vater starb an Typhus, Mutter an Phthis. pulm. Die Kranke selbst behauptet stets schwächlich gewesen zu sein und vor einiger Zeit — Genaueres ist nicht darüber zu bestimmen — „Darmentzündung" gehabt zu haben. Menstruirt im 13. Jahre, 4wöchentlich, 8tägig. Heiratete im 28. Jahre. Seitdem soll die Periode schmerzhaft geworden sein. Hat vor 1 Jahre spontan geboren. Das Wochenbett verlief fieberfrei. Seit Februar dieses Jahres leidet die Kranke an sehr starkem Fluor albus. Blutungen werden in Abrede gestellt. Pat. klagt über Palpitationen und Dyspnoe, Urindrang und Obstipation.

Status praes.: Mittelgrosse, gracil gebaute Frau von bleichem, anaemischem, leidendem Aussehen. Brust und Verdauungsorgane sind gesund. — Genitalien: Uterusretroversion I. Grades. Aus dem os externum ragt ein birnförmiger, derber, gestielter Tumor, von dunkelroter Schleimhaut überzogen in die Scheide herab.

Therapie: Der Polyp wird mit der Hakenzange abgedreht. (Ord. geg. d. Lageveränderung des Uterus: Mayersches Pessar.)

36) 1893. K. S. 43 Jahre alt. Diagnose: Fibroma corporis uteri polyposum.

Anamnese: Familienanamnese ohne Belang. Pat. hat in ihrer Jugend angeblich „Bauchfellentzündung" gehabt. Menstruirt mit 16 Jahren, 4—5wöchentlich 4—5tägig. Die Menses sollen nie sehr schmerzhaft gewesen sein. S. Heiratete mit 18

Jahren; hat nie geboren. Die Periode ist seit 3½ Monat ausserordentlich verstärkt. Pat. klagt über Herzklopfen, kalte Hände und Füsse, Appetitmangel, Paraesthesien in den Gliedern, allerhand abnorme Sensationen im Leibe, Harndrang und Obstipation.

Status praes. Kräftige, gut gebaute Frau von gesundem Aussehen. Innere Organe normal. — Genitalien. Im Cervicalkanal nussgrosser gestielter Polyp.

Therapie: Entfernung des Polypen (ohne nähere Angabe der angewandten Methode.)

37) 1893. K. B. 43 Jahre alt. Polypus myomatosus uteri.

Anamnese: Vater starb an Carcinoma ventriculi, Mutter an Wassersucht, ein Bruder an Phthisis pulmonum. — Menstruirt im 13. Jahr, 4 wöchentllich 4 tägig. Menstruation war stets schmerzlos. Heirat im 20. Jahre. 3 spontane Geburten. Wochenbetten normal. — Periode seit etwa ½ Jahre alle 4 Wochen, 9 Tage anhaltend, Blutabgang dabei sehr profus, an den beiden ersten Tagen gewöhnlich mit ziemlich lebhaftem Unterleibschmerz. Seit 1885 foetider Fluor.

Status praes.: Ziemlich kräftige, gut gebaute Frau, von bleich anaemischem Aussehen. Innere Organe gesund. Anaemie. — Genitalien: Der Fundus uteri ist über der Schoossfuge deutlich fühlbar. Das os externum ist durch eine birnförmige Geschwulst von glatter Oberfläche, welche teilweise von einem foetid-eitrigen membranösen Belage bedeckt ist, und weicher Consistenz eingenommen. Durch Digitalexploration lässt sich nachweisen, dass der Tumor mit ziemlich dickem Stiel von der vorderen Uteruswand ausgeht.

Therapie: In Rückenlage der Pat. wird der Polypenbohrer in die Geschwulst eingebohrt, die dieselbe umgebende Kapsel mit dem Messer eröffnet und der Tumor stumpf aus der Kapsel herausgeschält. Die Blutung bei der Operation ist ganz unbedeutend. Tamponade des Cavum uteri mit Jodoformgaze. B. nach 14 Tagen geheilt entlassen.

38) 1893. J. O. 51 Jahre alt. Polypus myomatosus corporis uteri.

Anamnese: Pat. machte als 12jähriges Kind die Ruhr durch. Menstruirt im 18. Jahre, 4wöchentl., 2—3täg. ohne Schmerz, Blutabgang bei der Menstruation nicht reichlich. Heirat im 24. Jahre, 2 spontane Geburten. Wochenbetten normal. Vor etwa 2 Jahren wurde die Periode stärker, seit einem Vierteljahre stellten sich wiederholt, besonders nach schwererer körperlicher Arbeit, unregelmässige, ziemlich starke Blutverluste ein. Klagen über Herzklopfen, öfteres Anschwellen der Füsse und wiederholtes Erbrechen seit den letzten Monaten. Oefters Urindrang, unregelmässiger Stuhl.

Status praes. Kräftig gebaute, etwas anaemisch aussehende Frau. Innere Organe gesund. — Genitalien: Aus dem ca. 5 Markstückgrossen Muttermund ragt ein über apfelgrosser Tumor, dessen Stiel sich explorativ in den Halskanal des Uterus verfolgen lässt. Rundliche Geschwulst von derber Consistenz, deren Oberfläche mit eitrig-fibrinösen Membranen belegt ist. Das Corpus uteri ist kugelig geformt und besonders nach hinten zu vorgewölbt, in der Längsachse jedoch kaum vergrössert.

Therapie: Entfernung des Polypen mittels Polypenbohrer und Scheere, mit welcher der Stiel des Tumors durchtrennt wird. Tamponade wie bei dem vorigen Falle. Ungestörter Heilungsverlauf. Bei der Entlassung der O., 14 Tage nach der Operation, erscheint der Uteruskörper noch etwas vergrössert, ebenso die Portio.

39) 1893. K. S. 46 Jahre alt. Diagnose: Polypus myomatosus corporis uteri.

Anamnese: Menstruation mit 18 Jahren, 4wöchentl., 3 bis 4 Tage. Heiratete im 23. Jahre. Gebar 3 mal spontan, zum letzten Male vor 17 Jahren. Die Wochenbetten waren normal, Patientin stand jeweils am 3.—4. Tage auf. Seit etwa einem Jahre bemerkte Patientin eine Zunahme der menstruellen Blutung und längere Dauer derselben. Zuletzt bestanden zwischen 2 Menstrualblutungen nur noch Pausen von 2—3 Tagen. Erst vor 6 Wochen hat die Blutung etwas nachgelassen. Die Kranke klagt über häufiges Kopfweh, Herzklopfen, Kurzatmigkeit und Appetitmangel, öfteren Urindrang und Obstipation.

Status praes.: Ziemlich kräftig gebaute Frau von gesundem Aussehen. Innere Organe normal. — Genitalien: Portio vaginalis ziemlich dick und derb, jedoch nicht hypertrophisch; der Cervicalkanal ist für den Finger undurchgängig. Das Corpus uteri befindet sich in geringer Anteflexionsstellung, sein Fundusteil ist etwas vergrössert und rundlich geformt.

Nach manueller Dehnung des os extern. und des Cervicalcanals in Narkose wird im Cavum uteri ein polypenförmiger Tumor fühlbar, welcher am Fundus uteri gestielt inserirt.

Therapie: Das os uteri externum und der Cervicalcanal werden, um den Tumor besser zugänglich zu machen, durch Jodoformgazetamponade allmählich gedehnt. Danach wird der Tumor mit Polypenzange und Curette entfernt. Die Blutung wird leicht durch Betupfen der Wundfläche mit Fe_3Cl_6-lösung gestillt. Jodoformgazetamponade des Cavum uteri und der Scheide. Nach ungestörtem Heilungsverlauf wird Frau B. acht Tage nach der Operation geheilt entlassen. Untersuchung vor der Entlassung ergiebt, dass das Corpus etwas vergrössert, jedoch nicht druckempfindlich ist.

40) 1893. J. B. 50 Jahre alt. Diagnose: Myofibroma polyposum corporis uteri:

Anamnese: Menstruation im 18. Jahre, 4 wöchentl., ? täg. Die Menstruation war stets schmerzlos, der Blutabgang dabei nicht reichlich. B. heiratete mit 33 Jahren, gebar 7 mal (das I. und IV. mal unter Anwendung des Forceps), abortirte 1 mal im 4. Monat. Die Wochenbetten verliefen stets vollkommen normal. Vor 4 Monaten trat Cessatio mensium ein, vor vier Wochen erfolgte eine plötzliche starke Genitalblutung, welche etwa 8 Tage mit geringen Unterbrechungen währte. Im Anschluss daran trat heftiger brennender Leibschmerz ein. Vor einigen Tagen fand abermals eine ziemlich starke, jedoch nur kurz dauernde Blutung statt. — Seit etwa 1 Jahre soll Fluor, seit einigen Wochen solcher von foetider Beschaffenheit bestehen. Die Kranke klagt nicht wesentlich über Beschwerden, welche sich auf Anaemie zurückführen liessen.

Status praes.: Ziemlich kräftige Frau von kleiner Statur und anaemischem Aussehen. Innere Organe gesund. — Genitalien: Der Introitus vaginae ist, durch einen nach oben zu sich verjüngenden Tumor vollkommen ausgefüllt, dessen untere Partie nekrotisch ist. Das Corpus uteri ist etwas vergrössert und ziemlich hart.

Therapie: Eintägige Desinfection des Tumor durch constante Berieselung (mit 20 % Carbollösung abwechselnd mit abgekochtem Wasser). Am folgenden Tage Einbohren des Polypenbohrers in den Tumor. Da wegen der Grösse desselben sein Stiel ohne starke Zerrung des Uterus nicht für die Scheere zugänglich gemacht werden kann, so wird der Tumor stückweise (mit der Scheere) entfernt. Danach wird die Uterushöhle mit Salzwasser ausgespült, die Wunde mit 90 % Carbolsäure geätzt. Jodoformtamponade des Cavum uteri. In den ersten Tagen nach der Operation stellt sich mehrmals Erbrechen bei der Patientin ein. Vom vierten Tage nach der Operation an wird das Cavum uteri täglich zweimal mit Sublimatlösung (1,0:4000) ausgespült. B. steht 10 Tage nach der Operation auf und wird nach weiteren 7 Tagen geheilt aus der Klinik entlassen.

41) 1893. K. 35 Jahre alt. Diagnose: Polypus myomatosus corporis uteri.

Anamnese: Menstruation mit 13 Jahren, 4 wöchentl., 8 tägig. Heiratete im 20. Jahre. Gebar 2 mal spontan, zuletzt vor 8 Jahren. Bemerkte in der letzten Zeit Zunahme der menstruellen Blutung und suchte deshalb die Klinik auf.

Status praes.: Grosse, kräftige Frau, von blassem, anaemischem Aussehen. Innere Organe normal. — Genitalien: An dem os externum ragt ein etwa eigrosser Polyp, welcher mit dickem Stiel an dem oberen Teile der vorderen Wand des Cavum uteri inserirt.

Therapie: Anbohren des Tumors mit dem Polypenbohrer, Herabziehen der Geschwulst und Abschneiden des Stiels mit der Scheere. Tamponade wie beim vorigen Falle. K. wird 8 Tage nach der Operation und nach fieberloser Reconvalescenz entlassen.

42) 1893. M. W. 46 Jahre alt. Diagnose: Myoma corporis uteri polyposum.

Aus der Anamnese geht hervor, dass die Kranke in ihrer Jugend viel an Bleichsucht gelitten hat. Menstruirt im 13. Jahre, 4 wöchentlich 2 tägig. W. heiratete im 21. Jahre, gebar 3 mal, das 1. mal unter Anwendung der Zange; die 2. Geburt war eine Frühgeburt (36. W.) vor 22 1/2 Jahr, die 3. erfolgte vor 16 Jahren spontan. Pat. machte im 2. Wochenbett „Unterleibsentzündung" durch. Seit etwa 1 Jahre soll die menstruelle Blutung an Stärke und Dauer zugenommen haben. Seit 10 Monaten sind öfters atypische Blutungen aus den Genitalien ohne bestimmte nachweisbare Ursache aufgetreten. Die Kranke klagt über hochgradiges Schwächegefühl, Kopfweh, häufigen Urindrang und hartnäckige Opstipation.

Status praes.: Kräftig gebaute, sehr anaemisch aussehende Frau. Innere Organe vollkommen gesund. Anaemie. — Genitalien: Uterus wie im 2. Monat der Schwangerschaft; anteflektirt, im Cavum derber, glatter, an der vorderen Wand der Uterushöhle gestielt aufsitzender Polyp, welcher stückweise entfernt wird. Aetzung des Cavum mit Fe_3-Cl_6-Lösung. Jodoformgazetamponade der Uterushöhle. W. wird 10 Tage nach der Operation nach fieberloser Reconvalescenz geheilt entlassen.

43) 1894. W. St. 46 Jahre alt. Diagnose: Myoma polyposum corporis uteri.

Anamnese: Über die Zeit des Eintritts der Menstruation ist nichts Näheres zu ermitteln. St. heiratete mit 29 Jahren, gebar 3 mal spontan. Im Oktober 1893 nahm die menstruelle Blutung gegen früher zu, etwa um dieselbe Zeit trat in die Pausen zwischen den Menstrualblutungen Fluor ein.

Status praes.: Mittelgrosse, ziemlich kräftige Frau von anaemischem Aussehen. Innere Organe gesund. Genitalien: In der Vagina befindet sich ein weicher, etwa eigrosser Tumor, dessen Stiel sich bis zum Cavum uteri verfolgen lässt.

Therapie: Der Tumor wird stumpf aus der ihn umgebenden Kapsel, bestehend aus Uterusmucosa und -muscularis, heraus-

geschält, die Kapselwunde vernäht. St. wird 8 Tage später geheilt entlassen.

44) 1895. K. B. 45 Jahre alt. Diagnose: Myoma corporis uteri polyposum.

Anamnese: Menstruirt mit 14 Jahren, 4 wöchentlich, achttägig. Unverheiratet. Seit 3 Jahren sind bei der Pat. Menorrhagien, in der letzten Zeit auch atypische uterine Blutungen aufgetreten. Klagen über Erscheinungen anaemischer Natur (Kopfweh, Schwindel).

Status praes.: Kleine, ziemlich schwächlich gebaute Person. Starke Anaemie. Innere Organe gesund. — Genitalien: Aus dem markstückgrossen Muttermund ragt gestielt ein etwa gänseeigrosser Tumor in die Scheide. Der Uterus ist anteflectirt und etwas vergrössert.

Therapie: Entfernung des Tumors mittels Abdrehen des Stieles. Jodoformgazetamponade des Cavum uteri. Fieberloser Heilungsverlauf.

Hinsichtlich seiner physicalischen Eigenschaften nimmt der fibröse Polyp gegenüber den anderen Fibromyomen des Uterus eine Sonderstellung ein, die er wohl vorzugsweise dem Einflusse verdankt, den seine Lage im Cavum uteri auf seine Entwickelung und sein Wachstum ausübt.

Da er sich den beschränkten räumlichen Verhältnissen der Uterushöhle und des Genitalkanals bis zu einem gewissen Grade anpassen muss, bleibt seine Grösse stets beträchtlich hinter der anderer, z. B. interstitieller Myome, zurück; die meisten Polypen stellen etwa haselnuss- bis apfelgrosse Geschwülste dar, den Umfang einer Faust erreichen nur sehr wenige, vorzugsweise Cervicalpolypen (Fälle 6, 16, 25, 27); der grösste bei unseren Kranken überhaupt beobachtete Polyp (Fall 28) besass höchstens die Dimensionen eines kindlichen Kopfes.

Meist keulenartig oder birnförmig, seltener — besonders grössere Polypen — rundlich, oder fast kugelig geformt, verjüngt sich der Tumor entweder allmählich nach oben zu in einen Stiel, oder er geht scharf abgesetzt in diesen über. Der Stiel, bald länger und dünner (Fall 26), häufiger ziemlich kurz und von bedeutenderem Umfang (Fälle 10, 15, 16, 17, 21, 32, 24, 41) vermittelt den Zusammenhang des Polypen, welcher durch diese Art der Befestigung ein verschieden grosses Mass von freier Beweglichkeit innerhalb der Gebärmutterhöhle erhält, mit der Wand des Cavum uteri. An welchem Teile derselben die Insertion am häufigsten sich findet, ist oft sehr schwer und selten sicher bestimmbar; einen Beleg dafür bilden die widersprechenden Angaben der Literatur über diesen Punkt. Scanzoni [1]) gelang es die Stielinsertion am häufigsten an der

1) Scanzoni's Beiträge, Würzburg 1855, II. Band S. 94.

hinteren Wand der Uterushöhle nachzuweisen, nach Schroeder [1]) ist der Fundus uteri der bevorzugte Ort des Connexes zwischen Stiel und Wand des Cavum uteri.

Die geringe Zuverlässigkeit der Resultate darf wohl als der vornehmste Grund dafür angesehen werden, wenn in unserer Casuistik nur bei wenigen Kranken Mitteilungen über diese Frage vorliegen, soweit es sich um Polypen des Corpus uteri handelt. Mehr Aussicht auf Erfolg haben Bemühungen in dieser Richtung beim Cervicalpolypen, doch scheint bei diesem keine bestimmte Stelle der Wand des Halskanales mit besonderer Häufigkeit den Ausgangspunkt des Stieles zu bilden. Von der vorderen Cervixwand entsprangen die Polypen der Fälle 17, 18, 19; von der hinteren die der Fälle 13, 31; im Falle 2 konnte der Stiel zum inneren Muttermund, im Falle 24 zur hinteren, bei 25 und 32 zur vorderen Lippe des äusseren Muttermundes verfolgt werden.

Derbe, harte (Fälle 11, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 26, 40), mitunter selbst desmoidale (Fall 42) Beschaffenheit zeichnete fast alle bei unseren Kranken gefundene Polypen aus; im Gegensatze zu der Angabe von Gusserow [2]), dass die Polypen am häufigsten durch weichere, an bindegewebigen Bestandteilen ärmere Myomformen gebildet würden, fanden sich bei unseren Kranken verhältnismässig selten minderfeste Geschwülste von lockerem Gefüge (Fälle 10, 16, 37).

Die Farbe des Polypen, bezw. der ihn überziehenden Schleimhaut ist entsprechend dem Füllungszustand ihrer Gefässe, sehr wechselnd. Bedeutung besitzt sie, insoferne sie Aufschluss giebt über die Ernährungsverhältnisse des Tumors. Bei Polypen, welche durch Compression ihres Stieles durch den Cervix, oder durch andere Ursachen von der Ernährung durch den Kreislauf ganz oder teilweise ausgeschlossen und in toto oder partiell necrotisch oder gangränös geworden sind, nimmt die Schleimhaut rasch die Farbe der durch die Zersetzung des Blutfarb-

1) Schroeder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig. 1890. S. 328.

2) Gusserow, Die Neubildungen des Uterus. Stuttgart 1886. S. 14.

stoffes entstandenen Körper an, sie bekommt das grünliche oder bräunliche Aussehen, welches als Grundlage der Bezeichnung „missfarbig“ angesehen werden kann. In solchen Fällen ist die Farbe, neben der Beschaffenheit des Genitalsekrets, besonders in Hinsicht auf einen operativen Eingriff, wie später zu erörtern sein wird, von bedeutender Tragweite.

Die Neigung des Polypen, im Gegensatz zu anderen Myomformen, wie die subserösen, als solitäre Geschwulst aufzutreten, kommt in der vorliegenden Casuistik dadurch zum Ausdruck, dass nur ein Fall (30) sich unter derselben befindet, in welchem 2 fibrös-polypöse Excreszenzen im Cervicalkanal neben einem polypösen Myom des Corpus uteri bestanden, und ebenso scheint der Polyp nicht häufig im Verein mit subserösen oder interstitiellen Myomen vorzukommen. Nur bei einer Kranken (6) wurde gleichzeitig mit dem Bestehen eines Polypen ein subseröses Myom beobachtet.

Die Ursachen für das Auftreten des fibrösen Uteruspolypen sind bis jetzt ebensowenig bekannt, wie die der anderen Formen des Uterusfibromyoms. Darin ist es begründet, dass die von den Kranken in der Anamnese mitgeteilten Angaben über in ihrer Familie erbliche, oder von ihnen selbst überstandene Krankheiten, insbesondere des Uterus, in Bezug auf einen etwaigen Zusammenhang mit dem jetzt bestehenden Leiden nicht verwertet werden können.

Unter den praedisponirenden Momenten für das Auftreten des fibrösen Polypen nimmt, ebenso wie beim Myom überhaupt, dem übereinstimmenden Urteil aller Autoren zufolge das Alter eine hervorragende Stellung ein.

In Bezug auf die Altersverhältnisse unserer Kranken muss berücksichtigt werden, dass bei einigen nicht die erste Erkrankung an einer fibrös-polypösen Neubildung des Uterus vorlag, ihre Aufnahme in die Klinik vielmehr durch ein bereits wiederholtes Auftreten dieses Leidens veranlasst wurde (Fälle 1, 8, 18, 22).

Dementsprechend giebt die folgende Tabelle die Verteilung der Kranken dem Alter gemäss an, welches sie erreicht hatten, als zum ersten Male die bezügliche Diagnose gestellt wurde. Unter den 43 Kranken, bei welchen darauf bezugnehmende Angaben in der Casuistik mitgeteilt waren, standen im Alter

von	15—20	Jahren	1	Kranke	=	2,32 Prozent,
„	25—30	„	1	„	=	2,32 „
„	30—35	„	2	„	=	4,65 „
„	35—40	„	7	„	=	16,27 „
„	40—45	„	11	„	=	22,57 „
„	45- 50	„	12	„	=	27,90 „
„	50—55	„	7	„	=	16,27 „
„	60—65	„	1	„	=	2,32 „
„	70—75	„	1	„	=	2,32 „

Die meisten Kranken, 37 = 83,01 %, hatten demnach das 35. bis 55. Jahr erreicht, die Lebensperiode, in welcher Myome überhaupt am häufigsten zur Beobachtung kommen. Innerhalb dieses Zeitraumes weist das fünfte Dezennium mit 23 Kranken (50,47 %), also über der Hälfte der Gesammtzahl, die höchsten Ziffern auf.

Sämmtliche Kranke waren menstruirt mit Ausnahme von zweien, welche bereits die Menopause erreicht hatten (Fälle 7 und 9).

Das Problem, ob die Ehe einen Einfluss auf das Vorkommen des Myoms übt und welcher Art er sei, ob ferner das Auftreten einer solchen Geschwulst als Ursache verminderter Fruchtbarkeit der Kranken angesehen werden darf, ist bis jetzt noch nicht einwandfrei gelöst. Der Ansicht, welche diese Fragen in bejahendem Sinne beantwortet, vorzugsweise vertreten durch v. Winckel[1]), steht Hofmeiers[2]) Anschauung gegenüber, welcher den Einfluss der Ehe auf die Myomentwicklung leugnet, und, unter Hervorheben der grossen zeitlichen Unterschiede zwischen dem Lebensalter, in welchem Myome zur Beobachtung zu kommen pflegen und der Lebensperiode, welche für die Fortpflanzung vorzugsweise in Betracht gezogen werden muss, den Zu-

1) v. Winckel, Volkmann's Samml. klin. Vorträge, No. 98.

2) Hofmeier: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. 30, pag. 197.

sammenhang zwischen Myombildung und Sterilität in Abrede stellt.

Es würde die Grenzen der vorliegenden Arbeit überschreiten, sollte hier für den fibrösen Polypen eine Entscheidung im Sinne der einen oder anderen Theorie getroffen werden. Unsere Aufgabe kann hier nur darin bestehen, die diesbezüglichen Verhältnisse bei unseren Kranken gemäss diesen Anschauungen näher zu erörtern.

Folgen wir der von v. Winckel vertretenen Auffassung, so muss der in ihr enthaltene Satz, dass Frauen erheblich mehr zur Myomerkrankung disponirt sind, als Personen ledigen Standes, für den fibrösen Polypen in noch höherem Grade gelten, als für andere Myome des Uterus. Schroeder [1]) fand unter 792 Myomkranken 614 = 77,5 % Verheiratete, 178 = 22,5 % Unverheiratete und unter den in der umfassenden Statistik Gusserows [2]) zusammengestellten 959 Myomfällen betrafen 672 verheiratete und 287 unverheiratete Patienten. Das Verhältnis der Frauen zu den Unvermählten wurde also wie 3,5 (bezw. 2,3) : 1 gefunden, während es bei Gesunden durchschnittlich wie 2 : 1 angenommen wird. Unter unseren 44 mit Polypen behafteten Kranken waren 40 = 92,50 % Verehelichte, 4 = 7,5 % — darunter 1 Kranke mit Cervicalpolyp, 3 mit solchen des Corpus uteri — unverheiratet, es kam somit erst auf 10 Verheiratete 1 Ledige.

Auch in Bezug auf die Fertilität scheint der Polyp gewisse Eigentümlichkeiten zu besitzen. Schorler [3]), welcher die Frage des Zeugungsvermögens bei den einzelnen Myomformen eingehend berücksichtigte, fand bei 213 nicht polypösen eine Sterilität, welche zwischen 16 und 47 % schwankte, unter 44 an Polypen Erkrankten waren dagegen nur 4 = 9,09 % steril. Zu wesentlich demselben Ergebniss führt eine Prüfung der diesbezüglichen Verhältnisse bei der hier mitgeteilten Casuistik.

1) Schroeder: Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig 1890. S. 273.

2) Gusserow l. c. S. 121.

3) Schorler, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekol. Bd. 11. S. 139.

Sieht man von den 4 unverheirateten Kranken ab, ebenso von dem Falle 30, bei welchem aus dem in der Krankengeschichte angegebenen Grunde kein Coitus stattgefunden hatte, so finden sich unter den übrigen 39 Kranken nur 2 = 5,13 %, welche nie geboren hatten. Beide Male handelt es sich dabei um Polypen des Corpus uteri, die an Cervicalpolypen leidenden Frauen hatten alle geboren. Dieses Verhalten des fibrösen Polypen muss umso mehr auffallen, als eine ihm klinisch in vieler Hinsicht so nahe verwandte Geschwulstform, wie der breitbasige submucöse Myom, in diesem Punkte ein ganz anderes Verhalten zeigt, sogar ziemlich häufig bei Sterilen angetroffen wird; Schorler[1]) fand unter 18 daran Erkrankten 7 = 38,88 % Unfruchtbare.

Ebenso wenig, wie bezüglich der Sterilität steht beim fibrösen Polypen der Grad der Herabsetzung, welchen die Fertilität jener Kranken zeigt, welche geboren hatten, im Einklange mit bei anderen Myomen darüber beobachteten. Am deutlichsten wird das ersichtlich bei Vergleichung der von v. Winckel und Süsserott[2]) bezüglich der Fertilität der Kranken aufgestellten Tabelle, welche auf sämmtliche Myomformen Bezug nimmt, mit den bei unseren Fällen gewonnenen Resultaten.

Unter 108 von den genannten Autoren beobachteten Frauen hatten 99 zusammen 276 Kinder geboren, auf eine Kranke entfielen somit 2,7 Kinder. Bezüglich der Zahl der Geburten im Einzelnen verteilten sich diese Kranken folgendermassen:

37 = 41,6 % waren Primiparae
43 = 48,3 % „ Pluriparae
9 = 1,2 % „ Multiparae (i. e. hatten mehr als 5mal geboren).

Unter normalen Verhältnissen entfallen auf eine Frau durchschnittlich 4,5 Kinder (Königreich Sachsen), der Zahl der Geburten nach zählt man 22,7 % Primi-, 55,2 % Pluri-, 21,1 % Multiparae.

---

1) l. c.
2) cit. nach Gusserow: Die Neubildung des Uterus, S. 121.

Von unseren 37 hier in Betracht kommenden Kranken hatten:

4 (ausschl. mit Polyp d. Corp. ut.) 1 mal geboren = 10,81 Proz.
Primip. — 4 K.

9	(dar. 4 mit Cervicalpol.)	2 mal	geboren	= 24,32	Proz.	Pluriparae 64,85 %	— 18	Kinder.
12	„ 2 „ „	3 „	„	= 32,43	„		— 36	
2	„ 1 „ „	4 „	„	= 5,40	„		— 8	
1	(Pol. d. Corp. ut.)	5 „	„	= 2,70	„		— 5	
2	(dar. 1 mit Cervicalpol.)	6 „	„	= 5,40	„	Multiparae 24,31 %	— 12	
6	„ 2 „ „	7 „	„	= 16,21	„		— 43	
1	(Pol. des Corp. ut.)	9 „	„	= 2,70	„		— 9	
37	Mütter hatten zusammen							135 K.

Es entfielen somit auf eine Kranke 3,64 Geburten.

Diese Zusammenstellung lässt zwei Thatsachen von nicht zu unterschätzender Bedeutung erkennen. Zunächst beweist sie, dass die Zahl der Primiparen nicht in so hohem Grade unter den an Polypen leidenden Frauen vertreten ist, wie sie es beim Myom im Allgemeinen nach den Untersuchungen von v. Winckel und Süsserott zu sein scheint. Vielmehr muss ihre Zahl eher, soweit die vorliegende nicht umfangreiche Casuistik ein Urteil darüber gestattet, besonders in Hinsicht auf die für Gesunde gemachten Angaben, eine geringe genannt werden.

Ferner ist die Zahl der Kinder bei unseren Kranken gegenüber dem Durchschnittsprozentsatz der Fruchtbarkeit bei Gesunden zwar nicht unbeträchtlich vermindert, jedoch nicht in dem Masse, wie die genannten Autoren sie bei Myomen im Allgemeinen fanden. Zur Erklärung, welche causalen Momente für dieses eigentümliche Verhalten des fibrösen Polypen entscheidend sind, — vorausgesetzt, dass die Hypothese, welche die hier ausgeführten Erwägungen leitete, dem wirklichen Verhalten entspricht — gebricht es noch an jeglichem Anhaltspunkte.

Bei der Frage des Krankheitsverlaufes und der durch ihn bedingten Symptome muss berücksichtigt werden, dass die

Kranken meist erst dann zu ärztlicher Beobachtung kommen, wenn die sich in der Regel langsam und schleichend entwickelnden Symptome einen gewissen, das Wohlbefinden ernstlich störenden und die Arbeitsfähigkeit hemmenden Grad erreicht haben. Die vor Eintritt in ärztliche Behandlung oder die Klinik von der Geschwulst durchlaufenen Entwicklungsstadien entziehen sich somit beim Polypen wie bei anderen Myomen wohl ausnahmslos der directen Beobachtung des Arztes, und nur auf anamnestischem Wege kann man Aufschlüsse über sie erhalten, welche naturgemäss nicht als unbedingt zuverlässig gelten können.

Vorzugsweise ist es dadurch erschwert, ein sicheres Urteil über die Krankheitsdauer zu gewinnen. Darauf Bezug nehmende Angaben, welchen hinreichende Genauigkeit beizumessen wäre, könnten nur gegeben werden, wenn in den einzelnen Fällen die Resultate systematisch durchgeführter Untersuchungen aus früherer Zeit vorlägen, welche klaren Einblick in den zeitlichen Entwicklungsgang der Geschwülste von ihrem ersten, objectiv wahrnehmbaren und sicher zu diagnostizirenden Auftreten bis zum Beginne der klinischen Behandlung gestatteten, was bei Myomen überhaupt und ebenso bei fibrösen Polypen aus dem oben genannten Grunde wohl nie der Fall ist, wenigstens befand sich unter unseren Kranken keine, über deren Leiden bereits aus der Zeit, ehe sie die Klinik aufsuchte, Angaben vorhanden gewesen wären. Der Versuch die Entwicklungsdauer des fibrösen Polypen unter Bezugnahme auf das erste Auftreten subjectiver, von ihm veranlasster Symptome zu bestimmen, würde nur zu ganz ungenauen Resultaten führen, von welchen sichere Schlüsse über seine Wachstumsintensität und -geschwindigkeit nicht abgeleitet werden können, da die Voraussetzung, auf welche er sich stützt, die zeitliche Coincidenz des Auftretens dieser Krankheitserscheinungen mit dem Beginne der Geschwulstbildung selbst in keinem Falle nachweisbar ist, vielmehr die bei Myomen so häufig gefundene Eigenschaft, in den frühesten Stadien ihrer Entwicklung symptomlos zu verlaufen, sicher die Annahme rechtfertigt, dass auch der fibröse Polyp erst dann in der Regel

Beschwerden verursacht, wenn er eine gewisse Grösse erreicht hat.

Die bei seinem Bestehen zur Beobachtung kommenden Krankheitserscheinungen lassen unschwer eine weitgehende Analogie mit den durch submucöse Myome verursachten Symptomen erkennen, Unterschiede genereller Natur in der Symptomatologie beider Geschwulstformen finden sich kaum; bestehen Verschiedenheiten, so sind sie wesentlich gradueller Art.

Beurteilt man diese Symptome hinsichtlich der Regelmässigkeit ihres Vorkommens, dem Einfluss, den sie auf das gesamte Krankheitsbild ausüben, vor allem bezüglich ihrer Wirkungen auf die Lebensvorgänge des Gesamtorganismus, so verdienen die Blutungen an erster Stelle genannt zu werden. In der Regel bilden sie die erste Erscheinung, welche die Kranken auf ihr Leiden aufmerksam macht, in ihnen finden wir, wenn wir die Casuistik, welche dieser Arbeit zu Grunde gelegt ist daraufhin untersuchen, das Symptom, über dessen Auftreten und Folgen in den Krankengeschichten die grösste Uebereinstimmung herrscht, auf welches die Klagen fast aller Kranken sich vorzugsweise beziehen.

Die pathologisch-anatomischen Grundlagen dieser Blutungen sind bei unseren Fällen nicht näher erwähnt, doch kann kein Zweifel darüber bestehen, dass sie völlig identisch sind mit den oft an entzündliche Zustände erinnernden Veränderungen, welche die geschwellte, aufgelockerte, injicirte Uterusmucosa, bei anderen besonders submucösen Myomen darbietet.

Die Zeit des Auftretens der Blutungen ist ziemlich unabhängig von dem Entwicklungsstadium, welches der Tumor erreicht hat; es können Jahre und Jahrzehnte seit dem Eintritt der ersten menstruellen Anomalien bei der Kranken verstrichen sein, und bei der Untersuchung lässt sich nur eine ganz kleine Geschwulst nachweisen; andererseits findet man nicht selten faustgrosse Tumoren, an dickem Stiel in die Vagina ragend, während die Kranke angiebt, erst seit wenigen Monaten an Blutungen zu leiden. Nähere Erläuterungen hierfür giebt folgende Zusammenstellung:

Im Falle	Bestanden Blutung. seit	Bei der Untersuch. wurde ein Pol. gef. von	Derselbe war vorgedrungen
23.	6 Jahren	Taubeneigrösse	bis zum äusseren Muttermund
10.	4 „		bis zur Scheide
28.	4 „	zwei Faustgrösse	
16.	3 „	Faustgrösse	
26.	3 „	Faustgrösse	
27.	3 „	Faustgrösse	bis zur Scheide
2.	2 „	Apfelgrösse	bis zur Vulva
4.	2 „	Wallnussgrösse	
12.	2 „		bis zur Scheide
15.	2 „	Hühnereigrösse	bis zur Scheide
26.	2 „	Apfelgrösse	bis zur Scheide
11.	1 „	Überapfelgrösse	bis zur Scheide
19.	1 Jahr	Kirschgrösse	
21.	1 „	Apfelgrösse	bis zur Scheide
34.	1 „		bis zum äusseren Muttermund
39.	1 „		liegt noch im Cavum
42.	1 „		liegt noch im Cavum
20.	3/4 „	Überapfelgrösse	
24.	3/4—1/2 „	Bohnengrösse	bis zur Scheide
6.	1/2 „	Faustgrösse	bis zur Scheide
17.	1/2 „	Hühnereigrösse	bis zur Scheide
18.	1/2 „	Hühnereigrösse	bis zur Scheide
30.	1/4 „	Taubeneigrösse	
36.	1/4 „	Nussgrösse	bis zum äusseren Muttermund
40.	4 Wochen		bis zur Scheide

Bezüglich des Beginns der Blutungen können unter den Fällen unserer Casuistik zwei ziemlich streng getrennte Gruppen unterschieden werden, soferne bei den einen die Blutung als verstärkte und länger als sonst anhaltende Menstruallblutung eintrat (Fälle 2, 3, 10, 11, 12, 14, 15, 20, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 37, 38, 39, 41, 42), oder diesen Zusammenhang mit

der Menstruation vermissen liess und als Metrorrhagie die Kranken befiel (Fälle 1, 5, 6, 9, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 36, 40).

Beide Typen treten nur im Beginne der Blutung scharf gesondert hervor, der spätere Verlauf lässt meist von dieser Verschiedenheit nicht mehr viel erkennen. Zahlreiche oft rein individuelle Eigentümlichkeiten treten dann in den einzelnen Fällen in den Vordergrund, deren Ursache, wenn sie nicht durch metritische und endometritische Vorgänge erklärt werden können, welche in grösserer oder geringerer Abhängigkeit von der Geschwulstbildung neben dieser bestehen, sich unserer Kenntnis völlig entziehen. Sehr viel zu der allmählich eintretenden grösseren Gleichförmigkeit, welche das Gesamtbild der Blutungen in späteren Stadien des Krankheitsverlaufes bietet, trägt ihr fast immer in Bezug auf Dauer und Stärke progressiver Charakter bei.

Ihr Entwicklungsgang ist fast nie ein vollkommen kontinuirlicher, von Stufe zu Stufe fortschreitender, sondern er zeigt beinahe stets einen periodischen, mitunter selbst sprungweisen Verlauf. Zeiträumen, in welchen die Blutung in voller Stärke besteht, folgen Intervalle, in welchen der Blutabgang sistirt, oder doch erhebliche Remissionen in den Kranken die trügerische Hoffnung auf dauernde Besserung und Heilung aufkommen lassen. Aber ausnahmslos kehrt die Blutung, oft noch erheblich stärker, als sie früher war, wieder.

Häufig besteht, besonders in fortgeschrittenen Fällen und hierbei vorzugsweise in den blutungsfreien Zeiten ein für die Kranken äusserst lästiger Fluor. Zwischen diesem und den Blutungen ist mitunter ein gewisser Antagonismus unverkennbar, wo jene stark sind, tritt der Fluor zurück, hingegen besteht öfters starke Blenorrhoe bei Kranken, bei welchen Blutungen nur in geringem Grade auftraten oder gänzlich fehlten (Fälle 7, 35).

Allmählich, mitunter rasch, bei kräftigen Naturen, deren Constitution den Säfteverlust längere Zeit ohne nennens-

werte Schädigung des Körpers auszugleichen vermag, innerhalb längerer Zeiträume führen die Blutungen zu mehr oder minder hochgradiger, stets zunehmender Anaemie, und nur rasche operative Hilfe vermag dem tötlichen Ausgang vorzubeugen, wenn die Entkräftung der Kranken einen sehr hohen Grad erreicht hat.

Viel weniger constant als Blutungen, im Ganzen nur 18mal (Fälle 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 21, 24, 28, 30, 32, 35, 37, 39, 40), treffen wir bei unseren Kranken ein anderes Symptom, den Schmerz. Bei dieser Benennung ist zu bemerken, dass sie nicht einer scharf begrenzten, genau in Ursprung, Wesen und Verlauf einheitlichen Erscheinung gilt, vielmehr gewissermassen einen Sammelbegriff darstellt, welcher ganz verschiedenartige Symptome in sich vereinigt.

Zunächst begegnet man nicht selten der Angabe der Kranken, meist während der Periode, Kreuzschmerzen, oder, wie sie häufig von den Patienten direct bezeichnet werden, „Wehen" bekommen zu haben (Fälle 4, 5, 10, 11, 12, 21, 24, 30, 37), ein Name, welcher leicht die nahe Verwandtschaft dieser Sensationen mit den entsprechenden Vorgängen bei der Geburt erkennen lässt. Die menstruelle Hyperaemie führt eine rasche Volumzunahme des Tumors durch stärkere Füllung seiner Gefässe herbei und bewirkt dadurch reflektorisch Contraktionen des Uterus, dessen Erregbarkeit unter dem Einflusse der menstruellen Congestion erhöht ist. Diese drängen unter wehenartigem Schmerz den Tumor in den Cervicalkanal, der Muttermund öffnet sich, die Geschwulst wird in ihm dem untersuchenden Finger fühlbar, tritt aber mit Nachlass des menstruellen Blutzuflusses zu den Genitalien wieder ins Cavum uteri zurück.

Dieser Vorgang wiederholt sich bis der Polyp während einer Menstruationsperiode in die Scheide herabgedrängt wird und dauernd mit seinem grössten Umfange in dieser liegen bleibt.

Daraus erklärt sich die sehr verschieden lange Dauer, innerhalb welcher bei den einzelnen Kranken die Menstruation mit Schmerz verbunden zu sein pflegt.

Zu den wehenartigen Schmerzen gesellen sich, ausser zahlreichen zum Theil wohl mit der Anaemie zusammenhängenden,

auf nervöser Basis enstandenen abnormen Sensationen, Erscheinungen, bedingt durch Raumbeengung im kleinen Becken, sobald der Polyp eine gewisse, in den einzelnen Fällen sehr verschiedene Grösse erreicht hat. Neben dem Gefühl des Druckes, der Schwere im Leibe, des Drängens nach abwärts (Fälle 7, 15, 32, 35, 39, 40) begegnet man sehr häufig in der Casuistik den Klagen der Kranken über Anomalien der Stuhl- und annähernd, jedoch nicht ganz so oft, auch der Harnentleerung. Hartnäckige Obstipation, mitunter von Durchfällen unterbrochen, daneben Harnverhaltung (oder Ischurie) bilden ziemlich regelmässige Begleiterscheinungen des Bestehens eines fibrösen Polypen.

Wiederholen wir kurz die Symptomatologie des Polypen in ihren Hauptpunkten: Blutungen, Schmerzen und Druckerscheinungen unter welche auch Harn- und Defaekationsanomalien zu rechnen sind, so bietet sich ein Krankheitsbild, welches schwerlich als sehr charakteristisch wird bezeichnet werden können. Ganz ähnliche Erscheinungen, im einzelnen mehr oder minder scharf ausgeprägt, finden sich bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl verschiedener teils akut, teils schleichend sich entwickelnder entzündlicher, oder auf Grundlage einer nicht polypösen Geschwulstbildung eintretender Erkrankungen des Uterus wieder. Rechnet man noch die bei den Angaben der Kranken nicht selten mitunterlaufenden Ungenauigkeiten, vor allem aber das so häufige Fehlen des einen oder andern Symptoms im Verlaufe der Krankheitsentwicklung hinzu, so ist leicht einzusehen, welch bedeutender Einfluss, dem für die Stellung der Diagnose allein ausschlaggebenden, durch sorgfältige Untersuchung festgestellten objektiven Befunde zukommt.

Dass eine sichere Diagnose nur durch den dirceten durch Digitalexploration von der Scheide aus gewonnenen Nachweis der Geschwulst erreicht werden kann, beweisen augenscheinlich die, allerdings nicht zahlreichen Fälle — unsere Casuistik zählt nur zwei solche (Fälle 39 und 42), bei welchen der Polyp zu einer Zeit diagnosticirt werden soll, zu welcher er noch vollkommen innerhalb des Cavum uteri liegt. Hat man nicht Gelegenheit, zur

Zeit der Menstruation, also dann, wenn der Polyp, wie oben erwähnt, unter wehenartigen Erscheinungen im erweiterten os externum fühlbar wird, zu untersuchen, oder erweitert man den Cervicalkanal nicht künstlich, wie es in den genannten beiden Fällen geschah, mit Pressschwamm oder Dilatatorium, dass der Finger in die Uterushöhle bis zum Tumor vordringen kann, so ist lediglich eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich. Weder die gleichmässige Ausdehnung und Convexität der vorderen und hinteren Wand des Uterus, noch die meist nicht unbeträchtliche Anteflexion desselben, auf welche Hildebrandt[1]) besonderes Gewicht legt, können zu einer sicheren Unterscheidung des fibrösen Polypen von der chronischen Metritis, deren Krankheitserscheinungen ganz ähnliche sein können, mit voller Sicherheit benützt werde. Auch der Mangel jeglicher Hypertrophie der Portio vaginalis kann, wiewohl ein sehr wichtiger Fingerzeig, nicht als vollkommen entscheidend gegen chronischen Infarkt der Gebärmutter gelten, obgleich dieser eine solche Hypertrophie wohl nur sehr selten völlig vermissen lässt.

Von einer Schwangerschaft, an welche die Form des Uterus bei diesen Kranken nicht selten erinnert (vgl. Fall 42) — man spricht in solchen Fällen wohl von „grossesse fibreuse“ — dürfte oft schon die Berücksichtigung der Anamnese, der vorangegangenen Symptone, vor allem der Blutungen, die Unterscheidung ermöglichen, vor allem wird jedoch die palpatorisch meist unschwer nachweisbare weiche teigige Beschaffenheit des schwangeren Uterus gegenüber der festen Consistenz, welche das Organ beim Bestehen eines fibrösen Polypen zeigt, bei der Differentialdiagnose entscheidend sein. Wesentlich dieselben Kriterien wie bei Schwangerschaft kommen auch bei diagnostischer Trennung des fibrösen und fibrinösen Polypen in Betracht.

In einem etwas späteren Stadium der Entwickelung des fibrösen Polypen, wenn der wachsende Tumor den Cervicalkanal mehr oder minder zum Verstreichen gebracht hat und selbst in dem eröffneten Muttermund fühlbar wird, bietet er bei Inspection wie bei der Digitalexploration einen Befund, welcher von ge-

1) Hildebrandt, Volkm. Samml. klin. Vorträge Nr. 47.

wissen Stadien eines vorgeschriebenen Abortus schwer, bei unzuverlässiger Anamnese und unmöglicher Feststellung des Consistenzgrades der im äussern Muttermund fühlbaren Teile ganz unmöglich ist, nach Schroeder [1]) besonders dann, „wenn das Ei schon früher geplatzt ist und somit nur die verdickten und in Blutcoagula eingehüllten Eihäute im Cervix zu fühlen sind, die Fluktuation der Eihöhle also wegfällt."

Entsprechend einfacher gestaltet sich die Diagnose verhältnismässig bei Kranken, bei welchen der Tumor durch den vollkommen entfalteten Cervicalkanal in die Scheide herabgetreten ist. Die lebhaften, bereits geschilderten Beschwerden, mit welchen der Akt der „Geburt des Polypen" in die Scheide verbunden zu sein pflegt, scheinen häufig für die Kranken die unmittelbare Veranlassung zu bilden, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; dadurch lässt es sich wohl am leichtesten erklären, weshalb bei so zahlreichen Kranken der Tumor bei der Untersuchung im oberen Teile der Vagina gefunden wird, wie es bei 24 unter den 33 Patienten unserer Casuistik, welche an Polypen des Corpus uteri litten, der Fall war.

Im Allgemeinen kann bei solchen Kranken durch Digitalexploration leicht die feste und harte Consistenz der fraglichen Geschwulst nachgewiesen und dadurch ihre Unterscheidung gegen die ausnahmslos weichen Schleimpolypen ermöglicht werden; wo der fibröse Polyp einen lockeren Bau und eine weniger derbe Beschaffenheit zeigt (Fälle 10, 16, 37), genügt seine in der Regel gegenüber dem Schleimpolypen nicht unbeträchtliche Grösse, um der Annahme seines Bestehens zum Mindesten die grössere Wahrscheinlichkeit zu verleihen.

Zu sehr verhängnisvollen diagnostischen Irrtümern, welche, falls sie zum Ausgangspunkt operativen Handelns wurden, sehr oft den Tod der Kranken zur Folge hatten, gaben stets Verwechslungen der Inversio uteri mit dem fibrösen Polypen die Veranlassung. Der objektive Befund kann bei beiden Zuständen

1) Schroeder, Lehrbuch der Geburtshilfe. 2. Aufl. S. 517.

sehr grosse Ähnlichkeit zeigen und die Anamnese ist sehr häufig nicht imstande, eine Entscheidung in der Frage, welche der beiden Krankheiten vorliegt, herbeizuführen.

Die Diagnostik muss hier von feineren Methoden Gebrauch machen, um sich Aufklärung zu verschaffen. Zunächst hebt Schröder[1]) ein Anzeichen hervor, welches in vielen zweifelhaften Fällen zur Diagnose allein hinreicht: wenn es sich um eine Inversion handelt, verschwindet beim Anziehen des fraglichen Gebildes nach abwärts „der Muttermund um den Stiel derselben, indem durch den Zug nach unten auch der unterste Teil des Cervix mitinvertirt wird", was beim Polypen, wie eine einfache Überlegung ergiebt, niemals der Fall sein kann.

Ebenso ist die Unterscheidung beider Zustände vollkommen gesichert, wenn die Untersuchung mit der Uterussonde, welche entlang der Geschwulst durch den Cervicalkanal emporgeleitet wird, das Vorhandensein, des meist ziemlich bedeutend erweiterten Cavum uteri nachweist. Dann ist Uterusinversion vollkommen auszuschliessen, weil bei dieser naturgemäss die Uterushöhle vollständig verschwindet.

Zur sicheren Diagnose aller, in diesem Punkte zweifelhafter Fälle reichen jedoch beide genannten Untersuchungsweisen nicht aus, wie Fall 28 beweist. Bei dieser Kranken hatte der wachsende Polyp zu einer vollständigen Einstülpung der Uterusmucose und eines Teiles der Muscularis uteri geführt. Das Cavum uteri war vollkommen verschwunden. Würde man den oben angedeuteten Weg, mit Hilfe des Herabziehens oder der Uterussonde zu einer Entscheidung zu gelangen, hier, wo gewissermassen Inversion des Uterus zusammen mit einer Geschwulstbildung besonders verwickelte Verhältnisse geschaffen hatte, eingeschlagen haben, so wären falsche Schlüsse, die Diagnose betreffend, kaum zu umgehen gewesen. Sie konnten nur vermieden werden, wenn man einen Faktor in den Bereich der

1) Schroeder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 10. Aufl. S. 266.

Erwägung zog, der zur sicheren Feststellung des Sachverhalts in allen Fällen, in welchen eine Entscheidung, ob Polyp, ob Inversion, getroffen werden muss, eine sehr wichtige Stütze darstellt, welche Mittel an die Hand giebt, diese Frage leicht und sicher zu lösen: Gelingt es den meist etwas, nicht selten ziemlich bedeutend vergrösserten und etwas derben (Fälle 1, 2, 5, 8, 10, 12, 20, 22, 40), mitunter auf Druck schmerzhaften (Fälle 2, 23) Uteruskörper palpatorisch oberhalb der Symphyse deutlich zu fühlen, so wird die Entscheidung zu Gunsten des Bestehens eines Polypen gefällt werden müssen, denn bei Uterusinversion würde es nie gelingen, das Corpus uteri oberhalb der Symphyse in seiner normalen Lage zu finden.

Zu Verwechslungen anderer Art führt nicht selten ein Verhalten des Polypen, wie es Fall 9 unserer Casuistik zeigt. Tiefgreifende Ulcerationen und Verjauchungsprozesse an den am weitesten in die Scheide herabragenden Teilen der Geschwulst hatten zu wiederholter Ausstossung nekrotischer Gewebsmassen geführt, wodurch ein höhlenförmiger Substanzverlust an der, der Scheide zugewandten Seite des Tumors entstanden war, welcher nicht geringe Ähnlichkeit mit dem Bilde zeigte, welches carcinomatöse Erkrankung des Cervix im Stadium der Nekrotisirung erkennen lässt. Die Möglichkeit, es könne sich bei dieser Kranken um eine maligne Neubildung am Gebärmutterhalse handeln, ward noch näher gerückt durch den jauchigen, übelriechenden Ausfluss und durch die rasche Consumption der Kräfte der Kranken. Erst als es durch genaue Untersuchung gelang, über der jauchenden Masse, das vollkommen intakte, den Stiel der Geschwulst mit scharfem Rande umschliessende os externum mit dem Finger zu erreichen, war kein Zweifel mehr möglich, dass die den Verdacht auf eine maligne Tumorbildung wachrufenden Erscheinungen nicht durch Cervicalkrebs, sondern durch einen Polypen bedingt waren.

Für die Unterscheidung des intra- und extrauterin gelagerten fibrösen Polypen des Corpus uteri von gewissen Formen des Sarkoms dieses Organs bieten die, dieser Arbeit zu Grunde

gelegten Krankengeschichten keinen näheren Anhaltspunkt; die ausserordentliche Übereinstimmung in Anamnese und Befund, welchen beide, prognostisch so vollkommen verschiedene Geschwulstformen häufig zeigen, lässt in zweifelhaften Fällen eine sichere Trennung derselben nur mit Hilfe des Mikroskopes zu.

Der Untersuchung in weit höherem Grade zugänglich als die bisher geschilderten Tumoren des Uteruskörpers, bilden die Cervicalpolypen wohl viel seltener den Gegenstand diagnostischer Schwierigkeiten. Ihre sehr charakteristische Form ist leicht festzustellen und, da ihr Stiel fast immer bis zur Insertion am Cervix verfolgt werden kann, kommt ausser den Schleimpolypen, von welchen sie, gleich den Polypen des Corpus uteri, durch ihren Härtegrad und ihre Grösse sich leicht scheiden lassen, kaum ein anderer Zustand in Betracht, welcher die Diagnose zweifelhaft machte.

Prognostisch wird der fibröse Polyp im Allgemeinen günstig beurteilt. Vom anatomischen Standpunkt ist diese Anschauung vollkommen gerechtfertigt; die strukturelle Gutartigkeit des Polypen findet in seiner Zugehörigkeit zum Fibromyom ihren Ausdruck und maligne sarkomatöse Entartung der Geschwulst oder carcinomatöse Neubildung von Seiten der drüsigen Bestandteile der Schleimhaut, liegen zwar nicht völlig ausser dem Bereiche der Möglichkeit, dürfen aber als zu selten betrachtet werden, wie denn auch bei unseren Kranken kein derartiger Fall beobachtet wurde, um die Prognose ernstlich zu trüben.

Eine Einschränkung wird dieses günstige Urteil jedoch erfahren müssen, wenn man nicht nur das Leiden an sich, sondern auch seine Folgezustände ins Auge fasst. Es muss berücksichtigt werden, dass die schweren, den Körper oft aufs tiefste schädigenden Krankheitserscheinungen, deren Darstellung in den vorangehenden Blättern versucht wurde, sich bei der Mehrzahl der Erkrankten in einem Alter geltend machen, in welchem die Spannkraft des Organismus, die ihm in jungen Jahren auch

schwere und ernste Störungen verhältnismässig leicht überwinden hilft, schon erheblich nachgelassen hat. Die Vermutung liegt nahe genug, wiewohl die diesen Zeilen zu Grunde gelegte Casuistik keinen Fall enthält, welcher direct als Beweis dafür genannt werden könnte, dass das Uterinleiden, dessen wesentliche Ursache die Therapie allerdings zu beseitigen vermochte, bei mancher Kranken durch seine Wirkung auf den gesammten Körper die Lebensfunktionen dauernd herabgesetzt und für spätere Krankheiten einen wohlvorbereiteten Boden geschaffen habe.

Radicalheilung ist beim fibrösen Polypen, von den ziemlich seltenen Fällen abgesehen, in welchen spontane Ausstossung der Geschwulst rasche und dauernde Genesung herbeiführt, ebenso wie bei anderen Myomen nur von der operativen Beseitigung des Tumors zu erwarten; alle anderen Massnahmen, operative, wie die Castration, (Fall 23) und nicht operative in Form von Einspritzungen in die Scheide (Fall 5), Gebrauch von Bädern, unter welchen sich Kreuznach einer gewissen Vorliebe bei diesen Kranken erfreut (Fall 24) sind wesentlich palliativer Art, sie vermögen die von der Geschwulst verursachten Erscheinungen kürzere oder längere Zeit zu mildern, auch wohl zu unterdrücken, der Grundursache des Übels stehen sie machtlos gegenüber.

Wie alle Operationsmethoden haben auch die beim fibrösen Polypen angewandten im Laufe ihrer Entwickelung vielfache Veränderungen und Verbesserungen erfahren, die umständliche, in ihrem Erfolge oft zweifelhafte Ausführungsweise ist einer vereinfachten, mit Sicherheit zu dem gewünschten Ziele führenden gewichen, und die minder complizirte, heute gebräuchliche Technik führte von selbst zur Anwendung einfacher geformter Werkzeuge, als die früher benutzten es waren. Polypotome, wie der Simpson'sche, sind heutzutage so gut wie vollkommen vom Tische des Operateurs verschwunden, Hakenzange und Scheere sind an ihre Stelle getreten, und die Resultate von deren Anwendung haben gezeigt, dass diese, zu so vielfachem Gebrauche dienenden Werkzeuge mit grösserer Zuverlässigkeit arbeiten,

und zu befriedigenderen Ergebnissen führen, als die ausschliesslich zur Entfernung des Polypen dienenden Apparate sie zu erzielen vermochten.

Gleichwohl sind auch die jetzt vorzugsweise in Betracht kommenden Instrumente nicht vollkommen frei von Fehlern, insbesondere ist der Gebrauch derer, welcher wir uns zu dem bei Operationen des fibrösen Polypen oft unerlässlich notwendigen Herabziehen der Geschwulst in die tieferen Teile des Genitalkanals, oder vor die Vulva bedienen, mit gewissen Mängeln behaftet. Schon die nicht unbeträchtliche Zahl der Instrumente, welche zu diesem Behufe in Gebrauch genommen und zum Teil bald wieder verlassen wurden, lässt vermuten, dass keines seinen Zweck in wünschenswerter Weise erfüllte. Am meisten gilt das wohl von der kleinen Smellie'schen Geburtszange, welche Scanzoni[1]) anwandte, die nur da in Betracht kommen konnte, wo ein Tumor von annähernd der Grösse des Kopfes einer reifen Frucht entfernt werden sollte, und dabei überdies an der glatten Oberfläche des Polypen leicht abglitt. Diesen Fehler vermeidet zwar die Hakenzange, aber da sie nur in die oberflächlichsten Schichten der Geschwulst einzudringen vermag, so reisst sie sehr häufig, auch bei geringem Anziehen nach abwärts, durch.

Fast vollkommen vermieden wird dieser Nachteil bei dem von Herrn Geh. Hofrat Prof. Kehrer construirten und seit dem Jahre 1876 an hiesiger Klinik verwandten Polypenbohrer. Den wesentlichen Bestandteil dieses, nach dem Princip des sogen. „Krätzers" am Ladestock eines Gewehres gebildeten Instruments stellen zwei, in gleichem Sinne spiralig gewundene Stahlstäbe von etwa 2 mm Durchmesser dar, welche an ihrem vorderen Ende spitz zulaufen. Sie bilden je $4\frac{1}{2}$ Spiralgänge und setzen einen Spiralkörper zusammen, welcher etwa 6 cm lang und etwas über 1 cm breit ist. Dieser geht continuirlich — das ganze Instrument ist aus einem Stück Stahl gearbeitet — über in einen $32\frac{1}{2}$ cm langen Stiel, von etwa 3 mm Durchmesser, der an dem, dem Spiralkörper entgegengesetzten Ende mit einem ringförmigen Handgriff versehen ist.

1) l. c.

Mit leichten drehenden Bewegungen wird der Bohrer möglichst in der Mitte des Tumors von unten nach oben eingebohrt und die Geschwulst an ihm herabgezogen. Während die Hakenzange, wie bemerkt, nur in die oberflächlichsten Schichten der Geschwulst eindringt und dadurch leicht beim Herabziehen abreisst, beruht der hohe Vorzug des Bohrers darin, dass man ihn beliebig tief in den Polypen einbohren und dadurch in viel innigeren Contakt mit diesem treten lassen kann. Auf diese Weise wird die Möglichkeit des Abreissens ausserordentlich vermindert, nur bei ganz weichen Geschwülsten, die aber, wie unsere Fälle zeigen, als entschiedene Ausnahmen beim fibrösen Polypen zu bezeichnen sind, kann auch der Bohrer gelegentlich versagen (Fall 16).

Im Allgemeinen vereinigt er die Handlichkeit und leichte Applicationsweise der anderen Fixationsinstrumente mit einer im Vergleiche zu diesen erhöhten, durch seine zweckmässige Construktion, welche auch eine leichte, rasche und vollkommene Desinfection gestattet, geförderten Brauchbarkeit.

Zieht man einen Vergleich zwischen der Operationsweise des fibrösen Polypen und der anderer, vorzugsweise der ihm in ihren klinischen Erscheinungen oft so nahe stehenden breitbasigen submucösen Myome, so fällt die verhältnismässige Leichtigkeit und Geringfügigkeit der Beseitigung des fibrösen Polypen gegenüber der Schwere des operativen Eingriffs bei diesen in's Auge. Sie sind oft nur mit Hilfe der Laparotomie zu entfernen und ihre Enucleation von der Scheide aus weist bei der hohen, mit ihrer Ausführung verbundenen Gefahr septischer Infection noch heutzutage eine hohe Sterblichkeit auf.

Mit viel geringeren Fährlichkeiten ist die Extirpation der Polypen verknüpft. Erreichen sie nicht eine ganz aussergewöhnliche Grösse, was als entschiedene Ausnahme gelten darf, dass sie nur durch den Bauchschnitt entfernt werden können, so sind die bei ihnen in Betracht kommenden Operationsweisen ausschliesslich, wie bei unseren Kranken, vaginale. Insbesondere lässt sich verhältnismässig leicht und mit vollkommener Sicherheit bei ihnen dem ersten und wichtigsten Erfordernis operativer Thätigkeit, der

Wahrung der Aseptik und, wenn gangränöse oder necrotische Teile eines Polypen, durch ihre Färbung und die Beschaffenheit des Ausflusses leicht erkennbar, es erfordern, der Durchführung der Antiseptik Rechnung tragen.

Da stärkerer Schmerz bei der Entfernung des Polypen nur sehr selten auftritt, kann auf die Narkose der Kranken in der Regel verzichtet werden, ein nicht zu unterschätzender Vorteil der Operation dieser Geschwülste. Nur 4 unserer Kranken wurden mit Chloroform anaesthesirt (Fälle 6, 15, 17, 28).

Die bei unseren Patienten ausgeführten Operationen lassen sich in zwei Gruppen scheiden. Die einen suchen den Tumor zu entfernen, indem sie seinen durch den Stiel bedingten Zusammenhang mit der Uteruswand beseitigen und unterscheiden sich im Einzelnen wesentlich nur durch die verschiedene Art, womit sie diesen Zweck zu erreichen suchen; die anderen erstreben dasselbe Ziel, aber den Angriffspunkt ihrer Wirksamkeit bildet nicht der Stiel, sondern die Geschwulst selbst, die sie teils mit schneidenden Instrumenten in Stücke zerlegt entfernen, teils, nach Spaltung der sie umgebenden, von Mucosa und Muscularis uteri gebildeten Kapsel, als Ganzes aus dieser herausschälen.

Ein Blick auf unsere Casuistik lässt leicht erkennen, dass von den beiden letztgenannten Methoden kein sehr ausgedehnter Gebrauch gemacht wurde, woraus der Schluss gezogen werden darf, dass ganz bestimmte, nur in einer Minderzahl der Fälle gegebene Bedingungen ihre Anwendung erheischten.

Die Zahl und Art dieser Indikationen ist keine fest bestimmte und genau begrenzte, sie erleidet vielmehr, entsprechend der individuellen Beschaffenheit der Fälle, welche einen gewissen Spielraum gestattet, vielfache Schwankungen. Im Allgemeinen wurde die stückweise Entfernung bei unseren Kranken dann ausgeführt, wenn sehr grosse, den Umfang einer Faust bezw. eines kindlichen Kopfes erreichende Polypen, an dicken, meist kurzen Stielen aus dem Uterus ragten (Fälle 6, 8 II und III, 11, 18, 21, 22, 40, 42).

Hätte man bei diesen eine Stieloperation zur Ausführung bringen wollen, so wäre man durch die Grösse der Geschwulst gezwungen gewesen, den Tumor mit der Zange, oder nach An-

legung des Bohrers sehr tief in den Genitalkanal, selbst bis vor die Vulva herabzuziehen. Dass ein solches Verfahren, besonders bei der so häufigen Kürze des Stieles, keineswegs gefahrlos ist, kann, in Anbetracht der damit verbundenen starken Zerrung und Verletzung des Uterus und seiner Adnexe, welche leicht zu Para- und Perimetritiden Veranlassung giebt, ausserdem leicht partielle oder totale Inversion der Gebärmutter hervorruft, nicht geleugnet werden. Man sah sich deshalb genötigt, den umständlicheren, aber gefahrloseren Weg der stückweisen Entfernung der rascher ausführbaren, aber mit Gefährdung der Kranken verbundenen, Continuitätstrennung des Stieles vorzuziehen.

Ähnliche Gesichtspunkte dürften wohl massgebend gewesen sein bei den Fällen 16, 28, 29 und 37, bei welchen der Tumor, nach Spaltung seiner Kapsel, von seiner Unterlage stumpf losgelöst und entweder in toto, bei sehr bedeutender Grösse in partibus entfernt wurde. (Fall 28.)

Der Erfolg beider genannten Methoden kann bei unseren Kranken als günstig bezeichnet werden. Hervorgehoben zu werden verdient jedoch, dass die Blutung bei der stückweisen Entfernung mitunter nicht ganz unbedeutend war und die Gefahr septischer Zersetzung der Wundsecrete von allem beim Polypen heutzutage in Betracht kommenden Operationen, bei dieser am wenigsten ausgeschlossen erscheint, wie denn auch die einzige Kranke, bei welcher die Reconvaleszenz nicht vollkommen fieberlos verlief (Fall 8), auf diese Weise operirt worden war.

An erster Stelle unter den Stieloperationen möge die Excision des Polypen mittels Durchschneidung des Stiels mit der Scheere genannt sein. Unter Anwendung dieser Methode wurden die meisten unserer Kranken von ihrem Leiden befreit und die sehr günstigen Ergebnisse, welche darin ihren Ausdruck finden, dass sämtliche auf diese Weise behandelte Kranken nach 1—3 wöchentlicher, ungestörter Reconvaleszenz die Klinik verliessen, rechtfertigt, neben der raschen Ausführbarkeit, die ausgedehnte Anwendung dieser Operationsweise unter Gebrauch des Polypenbohrers, welcher gerade für diese Methode besonders sich eignet (Fälle 15, 17, 24, 27, 31, 32, 34, 38, 41).

Als einzige, jedoch sehr wichtige Vorbedingung, wenn die Ausführbarkeit der Excision mittels Stieldurchschneidung in Erwägung gezogen wird, muss die entweder von vorn herein vorhandene, oder doch ohne jegliche Anwendung von Gewalt zu ermöglichende Zugängigkeit des Stiels für das durchschneidende Instrument gelten. Wieweit die Grenzen der Zulässigkeit dieser Methode in der Hinsicht gehen, dafür lassen sich keine bestimmten, bis ins Einzelne genau durchgeführten Regeln geben, es gilt hier, was bereits bei der stückweisen Operation bemerkt wurde, die specifische Eigentümlichkeit, wie sie jeder einzelne Fall darbietet, fällt schwer ins Gewicht und nur deren genaue Berücksichtigung kann vor Irrtümern schützen.

Die Excision eignet sich zunächst für Cervicalpolypen (Fälle 3, 4, 14, 16, 25, 32) wenn man nicht bei diesen vorzieht, um sicher alles Krankhafte zu entfernen, wie es in den Fällen 13 und 33 geschah, durch eine der bei der Excisio cuneiformis des Cervix entsprechende Schnittführung den Tumor zu beseitigen.

Ferner wird man sich der Excision mit Vorteil bedienen bei Polypen des Corpus uteri, welche teils bereits in die Scheide herabgestiegen sind, teils den äusseren Muttermund noch nicht überschritten haben, bei diesen in der Regel nach vorhergehender blutiger oder unblutiger Erweiterung des Cervicalcanals (Fälle 2, 5, 8 I, 10, 15, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 34, 38, 41).

Zu widerraten ist ihre Ausführung bei Polypen, welche noch hoch oben im Cavum uteri sich befinden, hier würden beim Herabziehen die, bei Erörterung der stückweisen Entfernung bereits erwähnten Verletzungen unvermeidlich sein. Bei solchen Kranken wurde deshalb entweder zur stückweisen Entfernung geschritten (Fall 42), oder es wurde versucht, durch Raclage der Gebärmutterhöhle die Geschwulstmassen zu beseitigen (Fall 39), ganz in derselben Weise, wie es auch bei verjauchenden, zerfallenden Polypen geschah (Fall 9).

Zum Durchschneiden des Stiels eignet sich bei der Excision am meisten die Siebold'sche Scheere, welche bei unseren Kranken fast ausschliesslich gebraucht wurde.

Um sogenannte „Recidive" des Polypen, wie sie sich erfahrungsgemäss leicht aus Stielresten entwickeln — daher häufig als Stielrecidive bezeichnet — zu vermeiden, erscheint in jedem

Falle eine möglichst nahe dem Übergang des Stiels in die Wand des Uterus ausgeführte Durchschneidung geboten, sofern sie sich ohne starke Zerrung des Organs ausführen lässt. Ist dagegen schwere Laesion der Gebärmutter bei hohem Durchschneiden unvermeidbar, wie bei Fall 34, so erscheint die Durchtrennung des Stiels an einer tiefer gelegenen Stelle gerechtfertigt.

Die Blutung ist bei der Excision, wie bei den Stieloperationen überhaupt im Allgemeinen keine bedeutende, Tamponade des Cavum uteri mit Jodoformgaze reicht meist vollkommen hin, sie zu stillen; wo sie bedeutender ist, wird man ihrer leicht durch Betupfen der blutenden Stielgefässe, oder Berieselung derselben mit Eisenchloridlösung Herr.

Das Gebiet der Anwendung der Torsion, d. h. der Beseitigung des Polypen durch Abdrehen seines Stiels, bildet viel weniger der fibröse, als der Schleimpolyp, dessen Entfernung das vorzugsweise Objekt der Benützung dieser Operation darstellt. Nur ganz dünnstielige Polypen (Fälle 7, 35, 43) können allenfalls in dieser Weise operirt werden. Den Vorteil, in noch kürzerer Zeit als die Excision ausführbar zu sein, den man ihr nicht streitig machen kann, büsst die Torsion häufig dadurch ein, dass stärkere Blutungen aus den durchrissenen Gefässen des Stiels nachträglich Unterbindung derselben erfordern (Fall 7), und dem an sich etwas brüsken, leicht den Uterus verletzenden Verfahren steht auch in dieser Hinsicht die Excision mittels Durchschneidung des Stiels als die vollkommnere Methode gegenüber.

Die Möglichkeit jede stärkere Blutung bei der Continuitätstrennung des Stieles zu vermeiden, darf wohl als der wichtigste Grund angesehen werden, welcher der Anwendung des Drahtecraseurs von Braxton Hicks, oder des, von Hildebrandt[1]) besonders empfohlenen Instruments von Meier und Meltzer, sowie der galvanocaustischen Schlinge zur Radicaloperation des fibrösen Polypen grosse Verbreitung verschaffte. Die günstigen Resultate der verbesserten Ausführungsweise der Excision, die sich verhältnismässig leicht und schnell erreichen lassen, haben das umständliche und complizirte Verfahren des Ecrasements

1) l. c.

beim Polypen allmählich in Vergessenheit geraten lassen. In der vorliegenden Casuistik sind nur zwei Fälle (1 und 11) angeführt, welche mit dem Ecraseur operirt wurden. Da bestimmte Indikationen für dieses Verfahren beide Male nicht vorliegen, so liegt die Vermutung nahe, dass es sich lediglich um Versuche gehandelt hat.

Es bedarf wohl keiner eingehenden Begründung, weshalb bei unseren Kranken von der Ligatur des Stiels, wie sie seit Levret als Operation des fibrösen Polypen öfters geübt wurde, vollkommen abgesehen ward. Die Gefahr der Septicaemie, bedingt durch Verjauchung der, infolge der Gefässunterbindung gangraenös gewordenen Geschwulst, ist bei ihr, dem übereinstimmenden Urteil aller Gynaekologen zufolge, eine ausserordentlich grosse. Scanzoni,[1]) welcher diese Operation drei Mal in Fällen ausführte, in welchen Torsion der Dicke des Stiels, Excision wegen Unzugänglichkeit desselben unmöglich schien, beobachtete zwar keinen Todesfall, berichtet jedoch, dass diese drei Kranken die einzigen unter 31 wegen Polypen Operirten gewesen seien, bei welchen nach der Operation lebensgefährliche Zustände (Blutungen, hohes Fieber) auftraten. R. Lee[2]) hatte unter 20 auf diese Weise Operirten 9 Todesfälle, und viel citirt ist in der Literatur der Ausspruch West's,[3]) welcher dieser Operation eine höhere Sterblichkeit zuschrieb, als der Cholera asiatica.

Die mitgeteilten Ergebnisse lassen keinen Zweifel darüber, dass der vollständige Verzicht, auf diese gefahrvolle Art die Polypen zu entfernen, viel dazu beigetragen hat, die Behandlung dieser Geschwülste, so wie sie heute ist, zu einer sehr dankbaren Aufgabe chirurgischen und ärztlichen Handelns überhaupt zu gestalten.

Herrn Geh. Hofrat Prof. Kehrer spreche ich für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie die freundliche Unterstützung, welche er mir bei der Arbeit zu Teil werden liess, meinen herzlichen Dank aus.

1) l. c. — 2) cit. n. Hildebrandt, Volkm. Samml. klin. Vorträge. Nr. 47. — 3) ebenda.

HEINRICH PRICKARTS
BUCH-DRVCKEREI
GEGRVNDET 1798
MAINZ